

Evaluación e impacto de la experiencia de coerción durante la hospitalización psiquiátrica.



Universidad de Málaga

Programa de Doctorado de Psicología

Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico.

Tesis Doctoral presentada por

Carlos Aguilera Serrano

Directores:

Dr. Fermín Mayoral Cleries


Dr. Jesús Miranda Paez

Málaga, Octubre de 2018



UNIVERSIDAD
DE MÁLAGA

AUTOR: Carlos Aguilera Serrano

 <http://orcid.org/0000-0002-7520-162X>

EDITA: Publicaciones y Divulgación Científica. Universidad de Málaga



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0 Internacional:

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/legalcode>

Cualquier parte de esta obra se puede reproducir sin autorización
pero con el reconocimiento y atribución de los autores.

No se puede hacer uso comercial de la obra y no se puede alterar, transformar o hacer obras derivadas.

Esta Tesis Doctoral está depositada en el Repositorio Institucional de la Universidad de Málaga (RIUMA): riuma.uma.es



UNIVERSIDAD
DE MÁLAGA



Informe de los directores para la defensa pública de la tesis de doctorado

Mediante la presente se certifica que:

La tesis doctoral “Evaluación e impacto de la experiencia de coerción durante la hospitalización psiquiátrica”, presentada por D. Carlos Aguilera Serrano, ha sido supervisada por los profesores D. Fermín Mayoral Cleries, Doctor en Medicina, Jefe de la Unidad de Rehabilitación de Salud Mental del Hospital Regional Universitario de Málaga y D. Jesús Miranda Paez, Profesor Titular del Departamento de Psicobiología y Metodología de las Ciencias del Comportamiento de la Universidad de Málaga, y cumple los requisitos para el grado de Doctor en Psicología.

Málaga, Junio 2018

Fdo.: Dr. Fermín Mayoral-Cleries

Fdo.: Dr. Jesús Miranda Páez



AGRADECIMIENTOS

Quiero mostrar mi mayor agradecimiento al Dr. D. Fermín Mayoral Cleries, y al Dr. D. Jesús Miranda Páez, directores de esta tesis doctoral, ya que sin su orientación y apoyo esta tesis no hubiera sido posible.

A D^a Berta Moreno Küstner por su inestimable interés en hacer de mí un gran científico y por su voluntad en hacer de este trabajo un arte.

A mi compañero y amigo, el Dr. D. José Guzmán Parra por haber colaborado, apoyado y confiado siempre en mí, ampliar y dedicar su tiempo en mejorar mis conocimientos y competencias, y fomentar mi crecimiento tanto profesional como personal.

A mi pareja, Carmen, por apoyarme constantemente en este largo camino, ayudarme y animarme a nunca abandonarlo, ejemplo de constancia, dedicación y trabajo con la cual muchas horas de trabajo se hicieron más amenas.

A mi familia por estar siempre cerca de mí, por compartir conmigo mis tristezas y mis alegrías, mis logros y mis fracasos, por tenerlos siempre cerca en el día a día, y por ayudarme a ver siempre la parte positiva de todo.

También deseo mostrar mi agradecimiento a diversas instituciones, a la Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental del Hospital Regional Universitario de Málaga, al Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico, así como a la propia Universidad de Málaga por haber puesto sus recursos a mi disposición cuando así lo solicité.



INDICE

Abreviaturas	11
1. Introducción	15
2. Marco referencial	21
2.1. Marco histórico	23
2.2. Marco conceptual	26
2.3. Marco ético y legal	28
2.4. Epidemiología de la coerción	32
2.5. Marco experimental	34
2.5.1. Perspectiva del paciente	34
2.5.1.1. Experiencia subjetiva: instrumentos de evaluación	37
2.5.2. Perspectiva de los profesionales de la salud	40
2.5.3. Intervenciones en la regulación de la coerción	42
3. Metodología	47
3.1. Objetivos e hipótesis	49
3.2. Método	52
3.2.1. Estudio 1	52
3.2.2. Estudio 2	54
3.2.3. Estudio 3	57
3.2.4. Estudio 4	59
4. Resultados	63
4.1. Estudio 1	65
4.2. Estudio 2	67
4.3. Estudio 3	68
4.4. Estudio 4	69

5. Discusión	71
5.1. Estudio 1	73
5.2. Estudio 2	75
5.3. Estudio 3	76
5.4. Estudio 4	78
Limitaciones.....	79
Futuras líneas.....	82
6. Conclusiones.....	83
7. Referencias bibliográficas	87
Anexo I	107
Estudio 1: Variables associated with the subjective experience of coercive measures in psychiatric inpatients: a systematic review.	107
Anexo II	111
Estudio 2: Validation and psychometric properties of the Spanish version of the Coercion Experience Scale.....	111
Anexo III.....	115
Estudio 3: Medidas coercitivas en salud mental. Grupo focal con profesionales del ámbito comunitario.	115
Anexo IV.....	119
Estudio 4:Effectiveness of a Multimodal Intervention Program for Restraint Prevention in an Acute Spanish Psychiatric Ward.....	119

Abreviaturas

CAT	Client assessment of treatment scale
CASP	Critical appraisal skills programme
C.A.	Comunidad autónoma
CES	Coercion experience scale
CIE-10	Clasificación internacional de enfermedades, décima versión.
CPT	Comité Europeo para la prevención de la tortura y de las penas o tratos inhumanos o degradantes
CSQ	The client satisfaction questionnaire
DSM-IV	Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.
DTS	The Davidson trauma scale
EFA	Análisis factorial exploratorio
EVA	Escala visual analógica
ONU	Organización de las Naciones Unidas
PNT	Procedimiento normalizado de trabajo
SD	Desviación típica
TEPT	Trastorno de estrés postraumático
UHSM	Unidad de hospitalización de salud mental
USMC	Unidad de salud mental comunitaria
x	Media aritmética

1. Introducción

La presente tesis doctoral, de acuerdo con la normativa vigente de la Universidad de Málaga y el informe correspondiente, autorizado por los directores de tesis y la comisión de doctorado de la Universidad de Málaga, se presenta como un compendio de tres trabajos previamente publicados y un manuscrito enviado para publicación. Las referencias completas de los artículos que constituyen el cuerpo de la tesis son las siguientes:

- **Estudio 1:** Aguilera-Serrano C, Guzman-Parra J, Garcia-Sanchez JA, Moreno-Küstner B, Mayoral-Cleries F. Variables Associated With the Subjective Experience of Coercive Measures in Psychiatric Inpatients: A Systematic Review. Can J Psychiatry. 2017 Jan 1;706743717738491. doi: 10.1177/0706743717738491. (**Anexo I**)
 - **Estudio 2:** Aguilera-Serrano C, Guzman-Parra J, Miranda-Paez J, García-Spínola E, Torres-Campos D, Villagrán-Moreno JM, Moreno-Küstner B, García-Sanchez JA, Mayoral-Cleries F. Validation and Psychometric Properties of the Spanish versión of the Coertion Experience Scale. Enviado a: PSYCHIAT RES (**Anexo II**)
 - **Estudio 3:** Aguilera Serrano C, Heredia Pareja C, Guzmán Parra J, García Sánchez JA, Mayoral Cleries F. Medidas coercitivas en salud mental. Grupo focal con profesionales del ámbito comunitario. Revista Española de Enfermería de Salud Mental | número 1 | enero-marzo 2017
- | ISSN: 2530-6707 Disponible en:

<http://www3.uah.es/revenfermeriasaludmental/index.php/REESM-AEESME/article/view/1/8> (**Anexo III**)

- **Estudio 4:** Guzman-Parra J, Aguilera Serrano C, García-Sánchez JA, Pino-Benítez I, Alba-Vallejo M, Moreno-Küstner B, Mayoral-Cleries F. Effectiveness of a Multimodal Intervention Program for Restraint Prevention in an Acute Spanish Psychiatric Ward. J Am Psychiatr Nurses Assoc. 2016 May; 22(3):233-41. doi: 10.1177/1078390316644767. (**Anexo IV**)

La unidad temática de los trabajos presentados para ser incluidos en el formato de tesis por compendio de publicaciones se justifica por su pertenencia a un mismo campo de estudio científico, en cuyo ámbito se ubican las hipótesis planteadas que forman un cuerpo coherente. La especificación del área de interés que se investiga, las medidas coercitivas en hospitalización psiquiátrica, nace de la experiencia profesional del autor como enfermero especialista en salud mental y su interés por mejorar la calidad de los cuidados, atención y la protección de los derechos de aquellas personas que como consecuencia de sufrir un trastorno mental ven limitadas su capacidad de libre albedrío y son sometidos a prácticas restrictivas de su libertad.

La razón por la que esta tesis se presenta en formato de compendio de publicaciones radica en la interrelación de los diferentes trabajos recopilados y en la garantía de rigor y calidad que ofrece el proceso de revisión por pares de editores y revisores para la publicación de sus resultados.

Con respecto a las aportaciones de los trabajos, destacamos como aspectos más novedosos y relevantes:

1. Recopilar y sintetizar evidencia científica sobre factores que influyen en la experiencia subjetiva del paciente en relación con la aplicación de medidas coercitivas en los entornos de hospitalización en salud mental.

2. Proporcionar las propiedades psicométricas de un nuevo instrumento que evalúa la experiencia subjetiva de coerción, analizando su robustez psicométrica en nuestro medio socio-cultural.

3. Analizar la percepción de los profesionales de una Unidad de Salud Mental Comunitaria ante la aplicación de medidas coercitivas hacia los usuarios que discurren por los distintos dispositivos de la Red de Atención a la Salud Mental en Andalucía.

4. Evaluar la eficacia de un programa específico de intervención basado en diferentes medidas para reducir el uso de la contención mecánica aun sin contemplar el mismo todas las estrategias que se consideran eficaces.

La utilidad de los resultados de estos trabajos deviene de su aplicabilidad para la mejora de la calidad en la atención y cuidados prestados con los pacientes ingresados en los servicios de salud mental. La información actualizada mediante revisión bibliográfica, la validación de un instrumento de evaluación subjetiva y el programa de intervención realizado para la reducción

de la coerción durante la hospitalización ofrecen un panorama completo al estudio de las medidas coercitivas en la práctica asistencial en nuestro medio.

.

2. Marco referencial

2.1. Marco histórico

El vínculo entre la atención, tratamiento y cuidado prestado en salud mental y la coerción es una constante a lo largo de la historia de la psiquiatría, incluso cuando a nivel embrionario el campo carecía de los conceptos y de las prácticas actuales (1). La utilización de medidas restrictivas en el tratamiento de los enfermos mentales se remonta así a los orígenes mismos de la psiquiatría. Grandes historiadores y expertos en la materia, como han sido Michael Foucault o Thomas Szasz, fechan el inicio de la respuesta institucional diferenciada a la locura (entendiendo esta como la forma en la que el sistema de salud ha venido prestando el tratamiento y atención, y por ende, diferenciando a los enfermos mentales del resto de la sociedad por el mero hecho de ser padecedores de una enfermedad mental) a final del siglo XV y principios del XVI. Para Foucault comienza con la creación del “hospital general público para los dementes pobres”, lo que supuso la reclusión en asilos de sujetos considerados indeseables en los espacios públicos, un proceso donde el control social era el motivador básico (2). Para Szasz se inicia en Inglaterra con las casas de locos con ánimo de lucro donde las familias de clase alta encerraban a los parientes molestos (3–5).

A pesar de sus diferentes ideas respecto al inicio de algo parecido a un sistema de salud mental, ambos autores coincidieron en que se caracterizaba por el encierro coercitivo de un grupo con una etiqueta particular.

Sin embargo, no será hasta bien entrado el S. XVIII, con el pensamiento ilustrado, cuando se produzca la verdadera regulación moderna del tratamiento

legal de la locura y, por ende, del empleo de los medios coercitivos en la práctica psiquiátrica (6).

En la época actual, superadas, parcialmente al menos, las instituciones que Goffman calificó de totales (7), y tras la desinstitutionalización y el desarrollo de la psiquiatría comunitaria, dos de los grandes hitos conseguidos a través de los procesos de reforma psiquiátrica* (8–10), la coacción sigue presente en la práctica clínica asistencial y en los cuidados prestados desde los servicios de psiquiatría.

En contraste, y a pesar de que la coerción ha marcado los grandes hitos de la historia del tratamiento, atención y cuidados prestados hacia las personas con enfermedad mental, la historia de la psiquiatría también se caracteriza esencialmente por los numerosos intentos de suprimir la coerción y el malograr de los mismos; algunos

ejemplos los encontramos: en el intento de liberación de las cadenas de los internos de los hospitales franceses Bicêtre y Salpêtrière de Philippe Pinel en París en 1793. O ya en la segunda mitad del siglo XIX, con el movimiento de no



Ilustración 1. Philippe Pinel, en La Salpêtrière (Asilo de París para mujeres locas), liberando de sus cadenas a una paciente. Cuadro de Robert Fleury (1795).

restricción, iniciado por Connolly y Hill en Inglaterra, por la abolición total de las

* Período que se caracterizó por la extensión vertical de la atención psiquiátrica, produciéndose durante éste una transición desde los hospitales psiquiátricos hasta la asistencia comunitaria (167)

medidas obligatorias en el tratamiento de las personas con enfermedades mentales (11).

Sin embargo, la supresión completa de la coerción nunca ha sido reportada convincentemente en ningún país o período. Se trata de un antiguo debate aun sin concluir entre la libertad del individuo y su libre elección de tratamiento si sufre un trastorno mental.

2.2. Marco conceptual

La historiografía de la asistencia psiquiátrica se caracteriza por los sucesivos vaivenes y resurgimiento de movimientos críticos que cuestionan las prácticas dominantes, siendo la cuestión de la coerción con sus múltiples facetas uno de los problemas más antiguos de las instituciones psiquiátricas. De este modo, al igual que sucedió en el pasado con el asilo psiquiátrico, a principios del siglo XXI encontramos una corriente crítica con el actual modelo de atención dominante (12) que deja entredicho los principios reguladores del empleo de medios coercitivos. Por ello, son pertinentes algunas precisiones conceptuales.

Una de las definiciones mayormente aceptadas sobre la coerción es la de Wertheimer (13) al conceptualizarla como cualquier acción o amenaza de acción que obliga al paciente a comportarse de manera inconsistente con sus propios deseos. Esta valoración conceptualiza la coerción como un estado subjetivo, dentro de la persona, que se alcanza después de considerar su entorno y/o situación (14).

En el contexto psiquiátrico, el término "medidas coercitivas" se usa generalmente para referirse a las intervenciones coercitivas que ocurren durante la hospitalización en unidades psiquiátricas (15). Sin embargo, con la expansión de la atención comunitaria en salud mental (16), se ha evidenciado como la coerción también se puede experimentar fuera de los hospitales (17–19).

Por razones operativas, podemos sintetizar las medidas coercitivas durante la hospitalización psiquiátrica en cuatro medidas: los ingresos de carácter involuntario, el confinamiento o aislamiento, la restricción de movimientos (contención física o mecánica) y la administración de medicación forzada (20).



Ilustración 2. Fotografía de Antonio Marín Segovia bajo licencia CC BY-NC-ND 2.0.

No obstante, debemos ser conscientes de la existencia de otro tipo de medidas coercitivas menos visibles, y no por ello, menos importantes e intransigentes hacia el paciente, y que incluirían la persuasión, la influencia interpersonal, la inducción, la amenaza o incluso, el propio estigma de los profesionales (21–24). En relación a esta última práctica, “la propia presión profesional” lleva implícito una relación asimétrica, en la que se producen una serie de intervenciones con fines prácticos basadas en la dependencia del paciente al profesional, y posicionando a éste último como el experto en el proceso de salud-enfermedad (25).

2.3. Marco ético y legal

Fue en los años 70 cuando en Estados Unidos emerge el interés por los planteamientos éticos en el campo de la salud, poniéndose el énfasis en el principio de respeto a las personas, lo que implica dos importantes consideraciones: toda persona debe ser tratada como sujeto autónomo. Y, a su vez, toda persona con autonomía disminuida tiene derecho a la protección, teniendo en cuenta el principio de autodeterminación (12).

Bioeticistas como T. Beauchamp y Childress (26), con interés sobre la aplicación de la teoría ética al cuidado de la vida y la salud de los seres humanos y del ecosistema, brindaron información sobre el paternalismo, definiendo este como "la superación intencional de las preferencias o acciones conocidas de una persona por otra persona, donde la persona que anula justifica la acción con el objeto de beneficiar o evitar el daño a la persona cuya voluntad fue superada". Dicho concepto funciona en torno a dos principios: el principio de no maleficencia y el principio de beneficencia. Por lo tanto, sugiere que la coerción puede ser justificable cuando se utiliza en un intento de minimizar los efectos perjudiciales y maximizar los beneficios.

Aplicando los principios del paternalismo al área de la psiquiatría, la coerción ha sido justificable con respecto a los beneficios terapéuticos en aquellas personas con enfermedad mental considerados como incompetentes y peligrosos con respecto a la toma de decisiones sobre su propio tratamiento y para prevenir el daño a sí mismos y a otros. Como tales, hay tres premisas en las que la coerción se ha justificado como paternalismo en el campo de la

psiquiatría (27): la incompetencia, la asunción de la peligrosidad y la premisa del deterioro.

Desde una perspectiva amplia y generalizada, y siendo uno de los focos de estudio en los intentos por ahondar en el conocimiento que determina el uso de la coerción en psiquiatría, se han examinado sistemáticamente las diferencias en la legislación internacional (28,29). En relación a esto cabe mencionar el estudio europeo EUNOMIA – *European Evaluation of Coercion in Psychiatry and Harmonization of Best Clinical Practice Project* – del año 2000. Destacar que fue el primer estudio, financiado por la Comisión Europea, a gran escala, transnacional y multicéntrico que entre sus objetivos contemplaba el examinar el fundamento jurídico de las medidas coercitivas en los países participantes, lo que permitió evidenciar significativas desigualdades en relación a las leyes y normativas, así como, en la propia práctica estandarizada (30).

En España el marco regulador está constituido por:

a) La Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (31), donde se revela y queda legislada la importancia que tienen los derechos de los pacientes como eje básico de las relaciones clínico-asistenciales.

b) El instrumento jurídico en el ámbito del Derecho Civil (no del Penal) que supone el artículo 763 sobre el internamiento no voluntario por razón de trastorno psíquico, de la Ley de Enjuiciamiento Civil (32), el cual,

establece que la persona afectada por esta decisión deberá ser escuchada por el Juez para defenderse, pudiendo contar con asistencia letrada si así lo desea.

La heterogeneidad y gran variabilidad del marco legal europeo, así como, la necesidad de una normativa más garantista de los derechos de libertad y toma de decisiones de los pacientes, o la necesidad de órganos o sistemas independientes para el control y supervisión de la aplicación de medidas coercitivas durante la hospitalización psiquiátrica, son requerimientos para pasar de la afirmación de los derechos de la persona con enfermedad mental a su efectivo reconocimiento práctico (33). Así, el último precedente que quizás pueda utilizarse como referente ha sido el llevado a cabo por el estado francés, haciendo publica en marzo de 2017 una instrucción política (DGOS DGS / 2017-109) para reducir el uso del aislamiento y la contención mecánica, y creando un registro basado en informes periódicos y, por primera vez, obligando a su publicación y disponibilidad (34). Aunque la mayoría de los países tienen regulaciones y protocolos, debiéndose registrar su uso, los datos a menudo no se agregan y/o informan públicamente. Otros muchos países, como Rumanía, Polonia, Hungría, la República Checa, Moldavia, Letonia, Lituania y Ucrania, han informado de su preocupación por el registro y el control de medidas coercitivas (20).

A modo de síntesis, los principales desafíos éticos y morales a los que se enfrentan los profesionales de la salud por salvaguardar la conculcación de derechos fundamentales son (12,35,36):

- La aplicación de determinadas medidas coercitivas y en determinados contextos puede implicar situaciones de privación o limitación de libertad. La

privación de libertad por motivos de enfermedad mental es injustificada si se basa en la discriminación o en los prejuicios contra las personas con discapacidad, estando solamente justificados en situaciones de necesidad, cuando se hayan agotado otras medidas alternativas y siempre bajo el estricto cumplimiento de la ordenación legal correspondiente (37).

- Ausencia de estrategias o medidas preventivas que permitan reducir la necesidad de coerción en situaciones o estados de crisis, especialmente ante recaídas de la enfermedad, como podría ser una directiva anticipada, o el "plan de crisis conjunta" legalmente formal (38–40).

- Garantía de la seguridad del paciente. Observación de medidas de seguridad hacia los pacientes y el propio personal sanitario en la aplicación y monitorización de las medidas coercitivas: uso de protocolos, material homologado, etc. (41).

- Falta de consenso y armonización en la implementación de las medidas acordadas en la Convención de Naciones Unidas (ONU) sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (42) en relación a la participación e inclusión de los pacientes en el proceso de toma de decisiones.



2.4. Epidemiología de la coerción

Unido al problema por conceptualizar y definir las medidas coercitivas en psiquiatría, la investigación sobre la coerción se ve obstaculizada por el problema del contexto. Existe una gran variabilidad en el uso de métodos coercitivos tanto entre países como dentro de los mismos (43–45).

Los primeros estudios sobre la coerción se llevaron a cabo en Canadá y Australia ya en los años 1970 y 1980 (46–48), mostrándose cómo los pacientes no habían sido conscientes de que habían sido admitidos involuntariamente o sentían que se les había negado la posibilidad de una admisión voluntaria. En 1988, con el estudio de Coacción de MacArthur, diseñado para proporcionar información a los legisladores, médicos, pacientes y familiares, y para ampliar y profundizar los conocimientos sobre el rol apropiado de la coerción en la provisión de servicios de salud mental, fue cuando se fecha y fija el inicio de la investigación sistemática sobre el uso de la coerción (49,50).

Desde entonces, las diferencias sustanciales en la prevalencia sobre el empleo de medidas coercitivas entre países han llamado la atención de profesionales, asociaciones y usuarios (51–53), evidenciándose una gran disparidad entre países, y por lo tanto, poniendo nuevamente en relieve la influencia cultural en su determinación (30,31). Sirva como ejemplo la escasez de estudios sobre la prevalencia de la coerción fuera de Europa o Estados Unidos de América (EE.UU.). Así, de un país tan extenso y poblado como India, sólo conocemos un estudio que analizó el nivel de coerción de forma sistemática, y que utilizó un instrumento para registrar la violencia y la coerción ajustada a su entorno (56). En Europa, el primer estudio sistemático sobre la

aplicación de medidas coercitivas en los establecimientos psiquiátricos se realizó en el año 2000 a instancias del consejo de ministros de la Comisión Europea. Este estudio incluyó centros de 10 países y se centró en el análisis de tres medidas coercitivas: aislamiento, contención mecánica y tratamiento farmacológico forzado. Los resultados de este estudio concluyeron que un 37.9% de los pacientes ingresados fueron sometidos a alguna de esta medida durante las cuatro semanas siguientes a su ingreso (44).

La variabilidad del uso de medidas coercitivas afecta tanto a la frecuencia de su utilización como al tipo de medida aplicada. Así, la prevalencia de la contención mecánica varía entre 3.8% y 20% en entornos diferentes (57), habiendo incluso países donde obvian su uso al no estar permitida legalmente, como es el caso del Reino Unido o Finlandia, utilizando únicamente la contención física (43,58,59) junto con el tratamiento farmacológico forzoso y por un período de tiempo muy corto (una media 12 minutos) (60). Raboch en un estudio comparativo entre 10 países europeos encuentra que la administración de medicación forzada es la medida más comúnmente utilizada, seguida de la contención mecánica y finalmente el aislamiento que se utilizaba en seis países de cada diez (44).

Llama la atención las diferencias de prevalencia en el uso de medidas coercitivas entre países o incluso, entre regiones de similares características demográficas y asistenciales con un marco regulador común, que apunta hacia factores causales ajenos a la evidencia o a las buenas prácticas (61).

2.5. Marco experimental

2.5.1. Perspectiva del paciente

En el ámbito sanitario, y de forma genérica, existe un interés creciente por cambiar el tradicional modelo paternalista centrado en el proveedor a un modelo de atención centrada en el paciente (PCC) y poniendo un mayor énfasis en las necesidades y preferencias individuales de cada persona (62). La atención centrada en el paciente se define como aquella que establece una adecuada interrelación entre profesional y paciente para asegurar que las decisiones que se toman respecto a su proceso asistencial tengan en cuenta sus necesidades, deseos y preferencias, asegurando que los pacientes tengan la formación y el apoyo necesario para una participación efectiva (63,64). La meta principal es el proporcionar una atención socio-sanitaria personalizada de alta calidad que involucre a los pacientes y optimice las experiencias en salud.

Uno de los componentes clave de la calidad de la atención sanitaria es la capacidad de respuesta del sistema sanitario a las preferencias, actitudes y expectativas de los pacientes (65,66). En los procesos de evaluación de seguridad y calidad de la atención en salud se ha demostrado como las medidas y criterios de experiencia informada por los pacientes constituyen una forma útil y significativa de realizarlo (67,68). Esto coincide con los enfoques conceptuales de Donabedian (69) y Williams (70), en los que se reconoce que uno de los atributos de la evaluación de la calidad debe ser la satisfacción del paciente íntimamente influenciada por la propia vivencia y/o experiencia percibida.

Un aspecto importante a considerar sobre la coerción fue el señalado por Szmukler (2015) acerca de la diferencia entre la coerción “objetiva”, que englobaría la conceptualización dada anteriormente, y la coerción “percibida”, que abarcaría la experiencia y percepción que una persona tiene de la coerción, incluso cuando la intención no fuese la de amenazar al otro (35).

Estudios cualitativos y cuantitativos han explorado las experiencias subjetivas y variables relacionadas de pacientes ingresados en unidades de hospitalización de salud mental en relación con el uso de medidas coercitivas (71–74). De una reciente revisión sistemática (75), que recopila todo lo que caracteriza las percepciones informadas por los pacientes psiquiátricos adultos sobre la experiencia de medidas coercitivas, se revela que los mismos asocian el uso del aislamiento, la contención mecánica y la medicación forzosa con fuertes percepciones negativas y deseos de ser tratados con respeto por los profesionales sanitarios, en lugar de estar sujetos al control de los mismos. Además, los pacientes otorgan valor al vínculo entre el impacto percibido positivo y negativo de una situación coercitiva, y la capacidad y disposición de los profesionales para interactuar y comunicarse respetuosamente. La experiencia de coerción puede comprometer la autonomía del usuario y se ha encontrado que está asociada con una baja satisfacción del paciente (76). Estos datos resultan de interés con miras de plantear mejoras en la atención prestada desde los servicios sanitarios, pues una mayor sensibilidad a las opiniones del paciente sobre la situación en cada punto del proceso coercitivo ayudaría a los profesionales a responder eficientemente a las necesidades individuales de los pacientes (77).

Por lo tanto, el conocimiento y comprensión de aquellos factores que influyen en la experiencia subjetiva del paciente en relación a la aplicación de medidas coercitivas en los entornos de hospitalización psiquiátrica no sólo pueden ayudar a mejorar el funcionamiento de las unidades, repercutiendo en la satisfacción del paciente con el tratamiento recibido, sino que además, dicha comprensión también podría contribuir a mejorar los programas destinados a prevenir el uso de medidas coercitivas.

2.5.1.1. Experiencia subjetiva: instrumentos de evaluación

Aun existiendo un gran número de publicaciones hasta la fecha y pese al interés creciente por seguir profundizando en el conocimiento en relación a la coerción en salud mental, el área de mayor desconocimiento en la actualidad continúa siendo los efectos psicológicos o traumas que pueden producirse tanto en los pacientes como en el personal sanitario que se ve involucrado en la ejecución de estas intervenciones en el ámbito clínico.

Uno de los obstáculos más importantes para evaluar el impacto o las consecuencias psicológicas de las medidas coercitivas durante la hospitalización es la escasez de instrumentos que evalúen la experiencia subjetiva de las personas a las que les son aplicadas. La escala de *MacArthur Admission Experience and Survey* (78) ha sido el instrumento más utilizado para evaluar el grado de coerción percibido por el paciente. Dicha escala hace referencia al momento del ingreso, por lo que no incluye la experiencia de coerción percibida posteriormente durante la hospitalización. La escala visual analógica *The Coercion Ladder* es un instrumento de un solo ítem y aplicable en todos los entornos de atención, habiendo sido utilizado para medir los cambios individuales en la coerción experimentada en el tiempo (79–82). Sin embargo, las escalas de un solo ítem como ésta pueden tener baja confiabilidad (83), además de ofrecer pocos detalles sobre la experiencia coercitiva.

Recientemente se ha publicado el desarrollo de la *Experienced Coercion Scale* (84), la cual, permite medir la experiencia de coerción a través de las

distintas modalidades y servicios de atención así como los detalles de las intervenciones coercitivas aplicadas. Sin embargo, la principal limitación de la misma es la falta de correlación de los datos de la escala respecto de otros instrumentos exploratorios.

La escala utilizada hasta la fecha en los entornos de hospitalización psiquiátrica y que reúne las mejores condiciones de validez y fiabilidad con buenas propiedades psicométricas, es la *Coercion Experience Scale* (CES) (85). Un instrumento autoadministrado, desarrollado por Bergk y colaboradores en su versión original, que consta de 35 ítems tipo Likert con 5 niveles de respuesta graduada (nada/ un poco/ moderadamente/ severamente/ extremadamente), y que mide seis factores: humillación, efectos físicos adversos, separación, ambiente negativo, miedo y coacción. La escala original mostró una alta consistencia interna de los factores individuales, con un Alfa Cronbach entre 0.67 a 0.93. Para la validez convergente del CES se utilizaron las correlaciones entre el CES y una escala visual analógica, estableciendo una elevada correlación ($r = 0.79$, $p < 0.001$). La validez divergente fue comparada con la satisfacción del paciente medida con *The Client Satisfaction Questionnaire* (CSQ), correlacionándose la misma negativamente con el CES ($r = -.38$, $p < .001$). La escala evalúa también la percepción global de coerción percibida mediante una escala visual analógica con una sola medida entre 1 y 100.

En el medio socio cultural español no existe ninguna escala validada para la evaluación de medidas coercitivas, y por consiguiente, no se hallan

estudios sobre la evaluación de experiencia subjetiva de coerción durante la hospitalización psiquiátrica.

2.5.2. Perspectiva de los profesionales de la salud

Hemos señalado la importancia de conocer las experiencias subjetivas de los pacientes en relación a las medidas coercitivas en salud mental para poder así desarrollar e implementar un nuevo enfoque y filosofía en el modelo de atención a la salud. De igual manera, conocer las percepciones y experiencias subjetivas de los profesionales sanitarios se hace indispensable en el procedimiento de evaluación y determinación de factores estratégicos en la facilitación hacia ese cambio de paradigma.

En los últimos años se está acrecentado el interés por esta área de conocimiento, habiéndose publicado así los primeros resultados de pesquisas que analizan las vivencias, percepciones y opiniones emitidas por los profesionales sanitarios (86–88), así como, también de profesionales de la salud en periodo de formación en el área de salud mental (89).

Las principales líneas argumentativas que se desprende de la evidencia confrontan discursos a favor y en contra, lo que no facilita el establecimiento de una base sólida o consenso para su interpretación. Son reflejo de esta disonancia explícita e implícita entre las actitudes de los profesionales y la práctica las siguientes argumentaciones (86):

- Las medidas coercitivas, empleadas como estrategia para la obtención de resultados, pueden contribuir en la mejora a la adherencia al tratamiento y los recursos, así como reducir la necesidad de formas más intensas de coerción (86).

- Algunos profesionales han expresado actitudes positivas hacia las restricciones y coacciones aplicadas sobre los pacientes, avalando y justificando dicho posicionamiento en la necesidad experimentada o sentida de "protección hacia y por los pacientes" siempre y cuando se eluda el cumplimiento estricto de los protocolos de actuación sanitaria (90).

- Los profesionales reconocen la importancia de la relación terapéutica como pieza clave para el trabajo conjunto con el paciente, así como, señalan su deterioro como factor predisponente al uso de la coerción (91–93).

- Se identifica y confirma el carácter traumático tanto para los pacientes como para los propios profesionales (94), así como, el riesgo de violación de los derechos humanos fundamentales con la puesta en marcha de determinadas intervenciones coercitivas sobre los pacientes (95).

2.5.3. Intervenciones en la regulación de la coerción

El interés generalizado y creciente en iniciativas para regular y reducir las medidas coercitivas en psiquiatría no es algo nuevo, sino que se ha venido gestando a lo largo del tiempo (59). La literatura orienta a que las primeras iniciativas surgieron a mediados del siglo XX en EE.UU, Australia o Trieste (Italia) en paralelo al surgimiento del movimiento de la anti-psiquiatría[†]; pero también, en varios países europeos, entre los que se encuentra los Países Bajos, Alemania, el Reino Unido, Finlandia o Suiza (29).

Tal y como se especificó anteriormente, son varios los estudios que indican como los factores socio-culturales influyen en el uso de medidas coercitivas, pudiendo ser los mismos potencialmente modificables (63, 64). Así, se están haciendo grandes esfuerzos para reducir, por ejemplo, el uso de la contención mecánica con intervenciones específicas como la instauración de nuevas normas, protocolos y procedimientos normalizado de trabajo (PNT) para su regulación, cambios y capacitación del personal sanitario, procedimientos de revisión de eventos (*debriefing*) e iniciativas de gestión de crisis (98); o instaurando medidas alternativas para la regulación y autocontrol emocional en situaciones de crisis a través, por ejemplo, de la terapia de comportamiento multisensorial, *snoezelen* (99,100), así como también, mediante la implementación de limitaciones legales y directrices más restrictivas (101–104). De hecho, la aplicación e implementación de programas estratégicos multi-componentes para prevenir y controlar la conducta y

[†] Término acuñado al terapeuta David Cooper en 1967 (168), y que hace referencia al movimiento crítico que se cuestiona las prácticas psiquiátricas tradicionales y la noción de enfermedad mental.

comportamiento violento han demostrado tasas de reducción en el uso de intervenciones como la contención mecánica (98,105–107).

Pero no sólo la contención mecánica es objeto de interés en su proceso de erradicación en la práctica. Un estudio de seguimiento de 15 años en Finlandia intentó demostrar que el cambio legislativo reduciría el uso de la contención mecánica y el aislamiento, aunque del mismo se puso de manifiesto la necesidad de incluir más medidas e intervenciones para poder obtener un cambio más significativo en el uso generalizado de medidas coercitivas (108). En una revisión sistemática en 2007 se señalaban ya una serie de cambios e intervenciones a implementar para reducir el aislamiento, que incluían entre las más destacadas, el apoyo político y cambios de regulación, una adecuada estrategia de gestión y liderazgo desde la propia organización, capacitación de los profesionales, intervenciones farmacológicas y la inclusión y/o mayor participación de los propios pacientes en sus planes individuales de tratamiento (109).

Sin embargo, y en contraposición a lo expuesto, diversos estudios ponen en cuestión qué programa de reducción es el más exitoso principalmente debido a la escasez de estudios experimentales (98,109,110), dejando también así entrever el peso de la actitud y decisión de los profesionales; siempre y cuando los profesionales continúen viendo necesarias intervenciones como la contención mecánica o el aislamiento en el tratamiento de los pacientes, su reducción será más dificultosa (111).

Se conoce que en España la contención mecánica es la segunda medida coercitiva más utilizada después de la medicación forzada. La tercera medida es el aislamiento (44). Recientemente ha sido publicado un estudio exploratorio (12) realizado desde la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN) sobre el uso de las contenciones mecánicas en las unidades de hospitalización psiquiátrica en el Estado Español. De la información obtenida de 83 unidades de hospitalización psiquiátrica de corta estancia, de un total de 142 identificadas en la totalidad del territorio español, se indica que: tan sólo un 30% de las unidades informaban de la inexistencia de iniciativas destinadas a la prevención del uso de las contenciones mecánicas; prácticamente la totalidad de las unidades (97%) disponen de protocolos para el uso de la contención mecánica, ya sean específicos de su unidad o con carácter autonómico; y tan sólo una Comunidad Autónoma (C.A.), Andalucía, ha puesto en marcha un registro común para todas las unidades de la C.A., que permite el análisis comparado de la utilización de la contención mecánica y el progreso en la disminución de su uso.

Sin embargo, existe una importante laguna de conocimiento en el territorio español sobre el análisis en profundidad del uso real de medidas coercitivas y los efectos que producen tanto sobre los pacientes como sobre los profesionales que se ven implicados en su aplicación, en detrimento por salvaguardar los propios derechos humanos fundamentales de las personas y la mejora su bienestar.

Incluso a nivel internacional, aún existen pocos estudios controlados que sirvan de referencia para resolver el dilema sobre la eficacia y la seguridad de tales medidas y la efectividad de intervenciones de reducción.

3. Metodología

3.1. Objetivos e hipótesis

Los objetivos principales de la investigación consisten en:

Objetivo 1. Analizar, a través de la literatura, los factores que pueden estar influyendo en la percepción del paciente sobre un episodio de contención mecánica, aislamiento o administración forzada de medicación en entornos de hospitalización psiquiátrica (Estudio 1).

Objetivo 2. Revisar en la literatura los resultados de la experiencia subjetiva sobre un episodio de contención mecánica, aislamiento o administración forzada de medicación en entornos de hospitalización psiquiátrica (Estudio 1).

Objetivo 3. Examinar sobre la evidencia científica disponible las preferencias de los pacientes comparando las diferentes medidas coercitivas experimentadas (contención mecánica, aislamiento o administración forzada de medicación) (Estudio 1).

Objetivo 4. Analizar la validez (incluyendo la validez de constructo) y fiabilidad de la versión española de la *Coercion Experience Scale* (CES) (Estudio 2).

Objetivo 5. Analizar la experiencia subjetiva de los profesionales sobre la aplicación de medidas coercitivas hacia los pacientes (Estudio 3).

Objetivo 6. Evaluar la eficacia de un programa de intervención multimodal basado en los principios de las seis estrategias básicas para reducir

el uso de la contención mecánica en una unidad de hospitalización psiquiátrica (Estudio 4).

Objetivo 7. Establecer una puntuación de riesgo de sufrir un episodio de contención mecánica durante la hospitalización (Estudio 4).

A partir de los anteriores objetivos y en base a los artículos que posteriormente se defienden, derivados del análisis de los principales resultados de las investigaciones referenciadas en la introducción, se plantean las siguientes implicaciones/hipótesis:

Implicación 1. La percepción subjetiva de la contención mecánica durante la hospitalización psiquiátrica está determinada por factores personales, habilidades del personal sanitario y factores ambientales (Estudio 1).

Implicación 2. La información reportada por los pacientes acerca de los resultados de la experiencia subjetiva de las medidas coercitivas serán mayoritariamente negativos, habiendo un pequeño porcentaje de reseñas generadas con experiencias positivas (Estudio 1).

Implicación 3. El uso de la administración de medicación forzosa es preferido por los pacientes en comparación con la contención mecánica o el aislamiento (Estudio 1).

Implicación 4. La versión española de la CES mostrará acordes propiedades psicométricas en términos de consistencia y validez respecto a la escala original (Estudio 2).

Implicación 5. Validez de constructo: se espera correlaciones significativas de la versión española del CES con los siguientes instrumentos de medida: Escala Visual analógica EVA, *The Davidson Trauma Scale* (DTS) y *Client Assessment of Treatment Scale* (CAT) (Estudio 2).

Implicación 6. La información y contenido obtenido del grupo focal permitirá realizar una aproximación y discusión relativamente rápida y multidimensional sobre la visión de la coerción por parte de los profesionales sanitarios (Estudio 3).

Implicación 7. La intervención implementada será efectiva, consiguiendo una reducción del número de contención mecánicas entre los años 2012-2013 (Estudio 4).

Implicación 8. El análisis de las características sociodemográficas y clínicas del paciente permitirá discriminar factores de riesgo (como pueden ser el género, la edad, nacionalidad, etc.) en relación con el uso de la contención mecánica durante la hospitalización psiquiátrica (Estudio 4).

3.2. Método

3.2.1. Estudio 1

- Diseño

Estudio basado en revisión sistemática.

- Participantes

En la revisión se seleccionaron un total de 34 estudios con una muestra combinada de 1,869 participantes. En la búsqueda inicial se identificaron 5,741 estudios, de los cuales 5,660 fueron excluidos por no estar relacionados con la temática. De los 81 restantes, un total de 6 no pudieron ser recuperados en su versión completa y 3 nuevos estudios fueron incluidos a través del proceso de búsqueda inversa. Finalmente solo 34 estudios cumplían los criterios de inclusión, quedando fuera del análisis: 27 por no obtener resultados primarios, 7 al no incluir las medidas coercitivas concretas, 6 por no ser estudios originales y 4 al cumplir algún criterio de exclusión.

- Instrumentos

Para garantizar la calidad de los estudios incluidos en el análisis, utilizamos el *Critical appraisal skills programme* (CASP) (112), una lista de verificación estandarizada sobre las características más relevantes de los diferentes tipos de estudios que proporciona una calificación para cada estudio.

- Procedimiento

Se realizó una búsqueda informatizada de bases de datos electrónicas sobre la literatura científica, CINAHL, PubMed, SCOPUS, Web of Science y Psych-Info, considerando estudios publicados entre el 1 de enero de 1992 y el 1 de febrero de 2016. Se buscó la localización de palabras clave que contienen combinaciones de las siguientes expresiones: "mental health or psychiat* (in all fields) AND restraint or seclusion or isolation or involuntary medication or forced medication or coercion or coercive measures (in all fields) AND patient experience or patients experiences or patient perspective or patients perspectives or patient perception or patients perceptions or patient preference or patients preferences or satisfaction (in all fields).

Se acordó dar una calificación de "alta calidad" a los estudios con $\geq 70\%$ de artículos satisfechos; "Calidad media" para estudios con $\geq 50\%$ y $<70\%$ de artículos satisfechos, y "baja calidad" para estudios con $<50\%$ de artículos satisfechos. Cualquier discrepancia entre los revisores se resolvió mediante discusión. Todos los estudios seleccionados pasaron la evaluación de calidad.

- Análisis

Los datos fueron extraídos de forma independiente de cada uno de los 34 estudios por 2 revisores (Carlos Aguilera Serrano [CAS] y José Guzmán Parra [JGP]) con respecto a: 1) país de origen, 2) entorno, 3) muestra, 4) medida coercitiva utilizada, 5) diseño y metodología, 6) los factores que afectan la experiencia de la medida, 7) la experiencia subjetiva asociada a la medida, y 8) la comparación entre medidas. Dada la diversidad de los estudios en

términos de diseño, tipo de muestra, tipo de medida coercitiva utilizada y alcance del estudio, se determinó utilizar el método narrativo para presentar los resultados, agrupando los mismos en categorías temáticas e incluyendo los datos cuantitativos también en el análisis.

3.2.2. Estudio 2

- Diseño

Estudio de validación de escala.

- Participantes

Se contó con una muestra intencional de 114 adultos ingresados en dos Unidades de Hospitalización de Salud Mental (UHSM), que fueron evaluados en el periodo comprendido entre mayo de 2015 y marzo de 2017. La distribución por género fue de 78 hombres (68.4%) y 36 mujeres (31.6%). Los participantes de la muestra habían experimentado algún tipo de intervención coercitiva durante su ingreso hospitalario. Fueron evaluadas las siguientes intervenciones coercitivas: contención mecánica, entendiendo la misma como la utilización de algún dispositivo mecánico, tal como una correa, que sujeta e inmoviliza el movimiento del cuerpo de una persona de forma total o parcial; aislamiento, comprendiendo este la colocación de una persona sola en una habitación cerrada con llave; y la administración de medicación forzada, lo que incluye la administración de medicación oral o inyectada en contra de la voluntad de la persona (45,98). Para la evaluación, fue utilizado como episodio índice la primera medida coercitiva aplicada durante su ingreso.

- Instrumentos

- *Coercion Experience Scale* (CES): cuestionario auto-administrado que mide en su versión original un conjunto seis factores: "Humillación", "Efectos adversos físicos", "Separación", "Ambiente negativo", "Miedo" y "Coacción". Se trata de una escala con 35 ítems (aunque 3 ítems fueron excluidos en el propio proceso de validación original al mostrar cargas factoriales menores de 0,50) tipo Likert con 5 niveles, pidiéndoles a los participantes que califiquen la frecuencia con que se sintieron de cierta manera durante la intervención coercitiva experimenta. En su validación original, mostró una alta consistencia interna de los factores individuales obteniendo un Alfa Cronbach de entre un 0,67 a 0,93. Para la validez convergente del CES se utilizaron las correlaciones entre el CES y una escala visual analógica, estableciendo una elevada correlación ($r = 0,79$, $p < 0,001$). La validez discriminante fue comparada con la satisfacción del paciente medida con *The Client Satisfaction Questionnaire* (CSQ), correlacionándose la misma negativamente con el CES ($r = -38$, $p < 0,001$) (85).

- *The Davidson Trauma Scale* (DTS): constituida por 17 ítems que se corresponden y evalúan cada uno de los 17 síntomas recogidos en el DSM-IV sobre el Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT). Valora la frecuencia y gravedad de los síntomas del TEPT en sujetos que han sufrido un evento estresante mediante una escala Likert de 5 puntos. La misma se encuentra validada en nuestro medio por Bobes y cols (113).

- *Client Assessment of Treatment Scale* (CAT) (114,115): constituida por 7 ítems tipo Likert con 10 niveles que evalúan la percepción sobre la asistencia y tratamiento hospitalario recibido durante el ingreso del paciente.

- Escala Visual analógica (EVA): se utilizó una escala graduada numéricamente en positivo de 0 a 10 para valoración de la intensidad del grado de coerción percibida durante la aplicación de alguna de las medidas del estudio.

- Procedimiento

El procedimiento consistió en la validación lingüística y psicométrica de la escala, llevándose a cabo la traducción, retro-traducción y correspondiente evaluación de los aspectos conceptuales, semánticos y operativos de la escala, además de la evaluación de constructo y estimación de la validez convergente con las escalas “*The Davidson Trauma Scale*” (DTS), “*Client Assessment of Treatment Scale*” (CAT) y una Escala Visual analógica (EVA). Para ello, se aplicó un protocolo de recogida de datos elaborado para el estudio, siendo el investigador principal (CAS) el responsable de ejecutar la evaluación durante el ingreso hospitalario en la UHSM de Málaga, y dos colaboradores (EGS y DTC) de las evaluaciones recogidas en la UHSM de Jerez de la Frontera; los cuestionarios fueron completados por los participantes del estudio una vez transcurrido al menos un periodo de 24 horas desde la aplicación de la medida coercitiva.

- Análisis

Los análisis estadísticos en el estudio de validación de la escala se basaron en el análisis de la homogeneidad de los ítems, la confiabilidad del cuestionario y el análisis factorial exploratorio basado en el método de los componentes principales. La validez de constructo, y en particular, la validez factorial, se ha estudiado mediante un análisis factorial basado en el método de extracción de los componentes principales y utilizando la rotación ortogonal VARIMAX. La validez concurrente y divergente se evaluó calculando los coeficientes de correlación de los valores totales de la escala CES y los otros instrumentos de medición.

3.2.3. Estudio 3

- Diseño

Estudio cualitativo mediante grupo focal.

- Participantes

La muestra estuvo compuesta por 10 informantes (8 mujeres y 2 varones) de edades comprendidas entre 30 y 50 años, los cuales conforman y son miembros activos del equipo de trabajo de la Unidad de Salud Mental Comunitaria de Motril perteneciente al Área de Gestión Sanitaria Sur de Granada. Los perfiles profesionales representados por los participantes incluyen: técnico/a en Cuidados Auxiliares de Enfermería, diplomado/a en Enfermería, diplomado/a en Trabajo Social, facultativo/a especialista de Área

Psiquiatría, facultativo/a Psicología Clínica, Médico Interno Residente (MIR) de Psiquiatría.

- Procedimiento

La metodología empleada ha sido de tipo cualitativo, mediante la ejecución del grupo focal, el cual nos permitió aportar información relevante sobre las percepciones que desarrollan los sujetos sociales en el proceso de interacción y de conversación con sus pares, dando la posibilidad así de revelar información sobre el nivel de conocimientos que tenían sobre el tema explorado. La entrevista grupal tuvo una duración de 60 minutos y se realizó en la sala multiusos de la Unidad de Salud Mental Comunitaria. Para facilitar el diálogo, se partió de la siguiente batería de preguntas a modo de guía: ¿Qué conocéis sobre las medidas coercitivas? ¿Qué pensáis sobre su uso/empleo? ¿Hasta qué punto consideráis necesarias la aplicación de algún tipo de medida coercitiva? ¿Qué cosas, aspectos, situaciones, contextos, etc., pueden condicionar su uso? ¿Conocéis los efectos que para la salud puede tener? ¿Trabajáis o tratáis algún aspecto relacionado con su uso en la consulta? ¿Qué alternativas conocéis o propondrías para moderar/disminuir/eliminar su uso? ¿Qué se podría hacer desde las USMC en relación a este tema?

- Análisis

La entrevista grupal grabada en audio fue transcrita efectuándose a posteriori el análisis de contenido según las etapas descritas por Taylor Bogdan desarrollando categorías, codificando datos, separando éstos y finalmente, refinando el análisis (116).

3.2.4. Estudio 4

- Diseño

Estudio cuasi-experimental de dos grupos no equivalentes.

- Participantes

La muestra consistió en 1,575 admisiones hospitalarias (840 en 2013 y 735 en 2012), de las cuales, 158 admisiones requirieron contención mecánica (63 en 2013 y 95 en 2012). La edad promedio al ingreso fue de 42,80 años (SD = 12,77), de los que el 57,9% eran hombres. El número total de episodios de contención mecánica en los 2 años fue de 249.

- Instrumentos

Para la evaluación de las variables incluidas en el artículo de intervención, se utilizaron medidas relacionadas con los episodios de contención mecánica obtenidas a través de los registros obligatorios de la unidad de hospitalización. Además, para el análisis del riesgo de contención mecánica en el ingreso hospitalario entre los 2 años del estudio (2012 y 2013), se evaluaron variables de todos los ingresos en ese periodo de estudio. Con respecto al diagnóstico psiquiátrico, se utilizaron los criterios de la CIE-10. En cuanto a las razones o motivos que llevaron al uso de la contención mecánica, se clasificaron de acuerdo con la categoría incluida en el registro obligatorio para cada episodio de contención: riesgo de autolesión, riesgo de violencia, petición por parte del propio paciente, problemas de conducta (si los problemas

de conducta ponen en riesgo la seguridad del paciente pero no pueden considerarse comportamientos agresivos), y otros.

- Procedimiento

En el estudio se realizó un análisis retrospectivo de la frecuencia y duración de los episodios de contención mecánica, en el año previo a la intervención (2012) y en el año de la intervención (2013). Los cambios implementados en la intervención conllevaban la aplicación de una estrategia basada en cuatro principios básicos: (1) liderazgo y cambios organizacionales, (2) registro y monitoreo de pacientes de riesgo, (3) entrenamiento del personal, y (4) participación de pacientes en el programa de tratamiento.

- Análisis

Para el análisis de variables categóricas, se usaron la prueba de Chi-cuadrado y la prueba exacta de Fisher cuando se presentaron frecuencias superiores a cinco en menos del 80% de las células. Para el análisis de variables cuantitativas, se utilizó la prueba t de Student, y cuando no se cumplieron los criterios, se utilizó la prueba U no paramétrica de Mann-Whitney. Para comparaciones múltiples, se aplicó la corrección de Bonferroni. Para estimar el riesgo de contención mecánica en el ingreso hospitalario, también se realizó un análisis de regresión logística binaria multivariada, utilizando la contención mecánica durante el ingreso ($n = 158$) versus la ausencia de contención ($n = 1,417$) como variable dependiente, ajustando por posibles factores de confusión (incluidas como variables de confusión aquellas

variables que estuvieron significativamente asociadas con el riesgo de sufrir contención mecánica en el análisis bivariado previo).

4. Resultados

Los cuatro trabajos incluidos en esta tesis doctoral han tenido como objetivo general arrojar algo de luz a la extensa línea de investigación sobre las medidas coercitivas en los entornos de hospitalización psiquiátrica, intentando visibilizar las narrativas y percepción de profesionales y pacientes, poniendo a disposición de los clínicos, y de la sociedad científica en general, un instrumento de medida validado y adaptado al contexto socio-cultural español sobre la experiencia subjetiva de coerción, así como contribuyendo a la descripción de la prevalencia e intervenciones para la reducción del empleo de la contención mecánica en una unidad de hospitalización psiquiátrica.

4.1. Estudio 1

Los resultados descriptivos de la revisión sistemática incluyen un análisis de 34 estudios, de una búsqueda inicial de 5,741, englobando una muestra total de 1,869 participantes. En relación a la tipología de los estudios, quince utilizaron métodos cualitativos para la recogida de datos, con entrevistas estructuradas o semiestructuradas (14) y la auditoría (1). Trece estudios fueron cuantitativos, de los cuales 8 fueron transversales, 4 longitudinal y 1 estudio de intervención. La metodología de los 6 estudios restantes fue mixta (cualitativa y cuantitativa). En cuanto a los tipos de medidas coercitivas utilizadas por el personal, 16 estudios utilizaron el aislamiento, 5 estudios utilizaron contención mecánica y 1 utilizó la medicación forzada como única medida. Ocho estudios tomaron en cuenta 2 medidas, y 4 estudios incluyeron el uso de 3 medidas.

Tras el análisis temático, las categorías identificadas en relación a los factores que afectan a la experiencia subjetiva de las medidas coercitivas son:

1) la provisión de información, presencia e interacción con el personal, y un efectivo proceso de comunicación interpersonal con los profesionales; 2) el entorno físico de la unidad de hospitalización; 3) respeto, trato humano y apoyo percibido por parte de los profesionales; 4) *debriefing* como técnica importante para reducir el impacto emocional; 5) características individuales de los pacientes y el propio proceso de admisión o tratamiento.

Más del 70% de los estudios incluidos en la revisión sistemática señalan que las características generadas y descritas en relación a la experiencia de coerción, independientemente de la medida, son negativas (71–74,117–137), siendo las más frecuentes: 1) miedo, ansiedad o trastorno de estrés postraumático (PTSD); 2) impotencia, abandono, desconfianza o soledad; 3) castigo, maltrato o dolor; 4) ira, rabia, o resentimiento; 5) depresión, impotencia, o tristeza; 6) humillación, degradación o vergüenza; 7) pérdida de libertad o coerción. En seis estudios se reportan experiencias positivas (138–143), destacando: 1) sentir que la medida era útil, beneficiosa o necesaria; 2) recurso o medio para calmarse, tiempo de reflexión o descanso; 3) seguridad o sentido de control; 4) prevención de violencia o un lugar para expresar emoción. Tan sólo un estudio pone de manifiesto la expresión de experiencias tanto positivas como negativas en una misma proporción (144).

En ocho estudios se reporta información sobre la experiencia subjetiva además de mostrar comparativas entre las diferentes medidas coercitivas aplicadas (22,71,73,120,123,124,136,139); en la mayoría de estos, se identifica a la administración de medicación forzada como la medida de elección por

parte de los pacientes antes que la contención mecánica o el aislamiento, considerándola así como la medida menos traumática y angustiante.

4.2. Estudio 2

En relación a la validación de la versión española de la CES, los análisis de fiabilidad muestran una consistencia interna de la escala en su versión de 32 ítems adecuada, siendo el coeficiente alfa Cronbach obtenido de 0.949. Del análisis factorial exploratorio se retuvieron los seis factores con los autovalores más altos (>1), y que explican en su conjunto un 72.24% de la varianza total. Consistentemente con la versión original de la escala (85), seis han sido también los factores identificados, aunque su clasificación difiere ligeramente de la original; el primer factor llamado "Coerción y humillación" agrupa diez ítems, lo que explica el 20.1% de la varianza. En el segundo factor, "Autonomía personal", se agruparon nueve ítems que explicaron el 18.1% de la varianza. En el tercer factor, "Miedo", cuatro ítems explicaron el 10.6% de la varianza. El cuarto factor se denominó "Privacidad" y se agruparon cuatro ítems, lo que explica el 9.9% de la varianza. El quinto factor "Tratamiento farmacológico" incluyó los ítems 33 y 34, lo que explica el 7.1% de la varianza. Finalmente, el factor 6 "Condiciones ambientales" incluyó tres ítems, que explicaron el 6.1% de la varianza.

Para completar y afianzar la validez de constructo, se valoraron también la validez divergente y convergente. Así, el puntaje total de la escala CES fue correlacionado con los instrumentos de medida EVA, DTS y CAT. Como se esperaba, el puntaje total de la CES correlacionó de manera estadísticamente

significativa y en la dirección esperada con el puntaje de la EVA ($r = .66$; $p \leq .01$). Asimismo, correlacionó también significativamente con el valor total de la escala DTS ($r = .51$; $p \leq .01$). El puntaje total del CES correlacionó negativamente con la escala CAT ($r = -.43$; $p \leq .01$).

4.3. Estudio 3

En el grupo focal se analiza la percepción de 10 informantes, profesionales sanitarios del ámbito de la salud mental de Andalucía, ante la aplicación de medidas coercitiva en los entornos de atención a la salud mental. Al igual que en otros estudios (129,145,146), se refleja la ambivalencia hacia la justificación del uso de medidas coercitivas en los entornos de hospitalización en salud mental, enfrentando posicionamientos a favor de su empleo como recursos y/o medidas de protección-seguridad con los pacientes, frente al posicionamiento de otros informantes que las estiman innecesarias y evitables, considerándolas medidas de control y restricción de la autonomía personal. En contraposición a estas dos líneas argumentales, todos los participantes coinciden e informan sobre la necesidad de establecer medidas legislativas que regulen su uso, pero sobre todo, una mayor inversión en recursos humanos, materiales e infraestructuras que ayuden en el progreso de mejora de los servicios y por ende, de la atención y cuidados especializados prestados. Además, los participantes señalan a las medidas coercitivas, y en concreto, la contención mecánica, como una intervención que vulnera los derechos humanos de los pacientes, incluso cuando ésta pueda haber parecido necesaria para gestionar el riesgo. Su carga emocional no es unívoca sino que afecta a todos los implicados.

Los participantes argumentan que con su actual sistema sanitario y de atención a la salud, difícilmente pudieran erradicar (que no moderar) el uso de la contención mecánica, proponiendo como alternativa eficaz a la contención mecánica el aislamiento o la administración de medicación.

Tampoco existe consenso en relación a los beneficios de protocolizar y generar rutas de actuación para la gestión del riesgo, pero sí que la mayoría lo consideran como algo positivo y beneficioso tanto para los pacientes como para los profesionales. Identifican y relacionan el desarrollo de la ocupación en todos los ámbitos de actuación, tanto hospitalario como comunitario (no como una alternativa al uso de medidas coercitivas pero sí como una estrategia de prevención) con un mayor autoconocimiento y autocontrol emocional, lo que repercute en una aminorada necesidad de aplicar medidas coercitivas.

4.4. Estudio 4

En el estudio de intervención, se analizan las variables registradas en los años 2012 y 2013 en una unidad de hospitalización psiquiátrica, después de la introducción de cuatro medidas e intervenciones para reducir el uso de la contención mecánica regidas por los siguientes principios con base en el modelo de seis estrategias básicas: (I) liderazgo y cambios en la organización, (II) registro y seguimiento de los pacientes de riesgo, (III) formación del personal de enfermería: técnicas de des-escalada y prevención, y (IV) la participación de los pacientes en el programa de tratamiento. Los principales resultados muestran que el número de episodios de contención mecánica se redujo pasando de 164 en 2012 a 85 en 2013. Aunque la duración de cada

episodio de contención mecánica fue mayor en 2013, el número de horas total de contención mecánica se vio reducido pasando de 2.514 en 2012 a 1.559 en 2013, atribuyéndose estos datos a la implementación del programa de intervención. El principal motivo justificativo de la contención mecánica en ambos años fue la conducta violenta del paciente, causando 86.6% y 87.1% de los episodios, respectivamente. Con respecto a la condición de los pacientes previo al uso de la medida, en 2013 el porcentaje de pacientes agitados se vio aumentado (35.3% vs. 14.0%, $p < .001$), mientras que el porcentaje de pacientes agresivos disminuyó (45.1% vs. 67.1%, $p = .002$), lo que puede indicar la eficacia de la intervención en la prevención del comportamiento violento. Entre las variables asociadas con el riesgo de ser contenido mecánicamente durante el ingreso hospitalario en la unidad de psiquiatría se destacan: ser menor edad ($Z = -4.408$; $p < .001$), de sexo masculino ($\chi^2 = 18.825$; $p < .001$), soltero ($\chi^2 = 19.861$; $p < .001$), de nacionalidad extranjera ($\chi^2 = 55.034$; $p < .001$), condición de la persona sin hogar ($\chi^2 = 3.941$; $p = .047$), presentar diagnóstico de trastorno por consumo de sustancias ($\chi^2 = 15.140$; $p < .001$) y/o el propio carácter involuntario del ingreso hospitalario ($\chi^2 = 6.233$; $p = .013$).

5. Discusión

5.1. Estudio 1

La revisión sistemática proporcionó una exploración detallada de los factores que influyen en las experiencias subjetivas sobre la contención mecánica, aislamiento y/o administración de medicación forzada en los servicios de hospitalización psiquiátrica.

Entre los principales hallazgos de la revisión sistemática, se encuentra la importancia del comportamiento y actitudes de los profesionales sanitarios como uno de los factores más influyentes en la percepción de la medida coercitiva. Hay suficiente evidencia que apoya y respalda la importancia de la interacción y relación interpersonal, predominando el valor positivo de la propia presencia física de los profesionales durante los episodios de hostilidad y/o agitación así como durante la implementación de medidas coercitivas (117,136,147). Es importante destacar que este resultado está relacionado con factores modificables y revela la necesidad de contar con profesionales expertos especializados en cuidados de salud mental, con capacitación adecuada y control organizacional específico para garantizar una buena práctica clínica en las unidades de hospitalización. De hecho, la capacitación del personal es una de las áreas más reseñadas en la mayoría de los programas para la reducción de medidas coercitivas (98) y constituyendo una parte del modelo de seis estrategias básicas (148) para el control y eliminación de las contenciones mecánicas en los entornos de hospitalización psiquiátrica.

Del mismo modo, el respeto y la humanización del cuidado se asociaron repetidamente con una percepción más favorable de las medidas coercitivas,

un hallazgo que se refleja principalmente en estudios cualitativos (122,149) con una alta calificación de la participación afectiva por parte del personal, la empatía, relacionado con la disminución en el uso de medidas coercitivas.

Con respecto a las características individuales, hay menos estudios y los resultados son más heterogéneos. Sin embargo, los resultados sugieren que los pacientes que son más vulnerables, con más experiencias adversas y medidas coercitivas repetidas, presentan un mayor riesgo de posibles complicaciones.

Algunos estudios han demostrado un beneficio percibido después de la aislamiento (128,129) y/o contención mecánica (117,144) con percepciones positivas que incluyen sentimientos de protección y seguridad. Sin embargo, la mayoría de los estudios reflejan experiencias adversas y negativas, y estas medidas están asociadas con el trastorno de estrés postraumático (71) así como un alto grado y gran variedad de sentimientos y experiencias negativas, como miedo y humillación.

Comparando las medidas coercitivas, los resultados sugirieron una experiencia subjetiva menos aversiva asociada a la administración de medicación forzada (71,73) y más resultados negativos relacionados con la inmovilización mecánica (120) y las medidas combinadas (22). Sin embargo, aunque algunas medidas son más aceptables para los pacientes que otras, es importante tener en cuenta las preferencias de los pacientes y, si es posible, su análisis al ingreso.

5.2. Estudio 2

La escala CES es un instrumento que presenta unos adecuados resultados clinimétricos. Los valores del alfa de Cronbach indican una fiabilidad conveniente, mientras que la validez divergente y convergente de la escala quedó demostrada a través de las correlaciones con los instrumentos de medida EVA, DTS y CAT.

El comportamiento de las correlaciones entre la escala CES y los otros instrumentos de medición respondió a lo esperado en la misma línea de resultados en comparación con otros estudios (22). Así, los resultados obtenidos en la correlación entre CES, VAS y DTS son congruentes, obteniéndose resultados similares a los obtenidos en la validación original, donde la correlación entre CES y un instrumento de cribado del Trastorno de Estrés Postraumático (PTSD) fue ($r = .64$, $p < .001$) (85). En relación con la percepción global de la coerción experimentada durante la intervención medida con el VAS, se muestra una correlación positiva similar a la de la validación original ($r = .79$, $p < .001$), lo que acentúa la intensidad del sufrimiento de sus experiencias. Sin embargo, de la misma manera que se puede ver en la validación original y en el seguimiento de la misma muestra (120), se necesitan estudios prospectivos para resaltar la verdadera relación entre el uso de medidas coercitivas en la persona y repercusión de los posibles síntomas del trastorno de estrés postraumático.

A nivel global, las correlaciones observadas entre las escalas CES y CAT indicaron una relación inversa entre ambas escalas. Estos resultados son

congruentes porque relacionan indirectamente la satisfacción a través de la percepción del paciente de la asistencia recibida y la percepción de la coacción, por lo tanto, el mayor grado de coerción percibida, el puntaje más bajo (grado de satisfacción) en el CAT. En este sentido, hay evidencia que indica que la satisfacción con la asistencia recibida en las Unidades de Hospitalización en Salud Mental está influenciada por la experiencia y percepción de coerción y violación de la dignidad personal (24,75,139,150).

En cuanto a la estructura factorial de la escala, fue posible identificar seis factores con una agrupación de los ítems similares a los propuestos por los autores de la versión original. En tres de los seis factores identificados, que tienen agrupaciones semánticamente similares a la escala original, se decidió preservar el nombre propuesto por los autores originales (miedo, coerción y humillación y condiciones ambientales). Los otros tres factores (autonomía personal, privacidad y tratamiento farmacológico) se denominaron en consonancia con la carga semántica que cada uno de ellos podría relacionar con tales habilidades, aspectos clínicos y circunstanciales adaptados a nuestro entorno sociocultural.

5.3. Estudio 3

Aunque los resultados no son generalizables a todos los profesionales que trabajan en las unidades y servicios de salud mental comunitarios, las opiniones recogidas pueden ser consideradas como representativas del colectivo.

Sin embargo, la investigación cualitativa que analiza las vivencias, percepciones y opiniones emitidas por los profesionales sanitarios (79–81,141), resulta indispensable para la evaluación e identificación de factores estratégicos que faciliten el cambio de un modelo tradicional de atención.

Coincidiendo con la mayoría de estudios (152–154) que analizan temáticamente las percepciones y actitudes profesionales ante las prácticas coercitivas, los datos de nuestro estudio revelan cómo el equipo de profesionales considera este tipo de intervenciones coercitivas como necesarias, aunque siempre como último recurso una vez se han agotado todas las demás alternativas.

Entre los factores que favorecen y/o desencadenan la utilización de este tipo de medidas, los profesionales apuntaban a su empleo como método para lograr el control de los pacientes, así como, también gestionar los entornos en los que se encontraban. Estudios como el de Bigwood en 2008 afirman que la seguridad y el control en las unidades de hospitalización son el motivo principal de su uso (152) a lo que se le suma la posible presión recibida por parte de las instituciones en su utilización como medio de control (155).

En general, los participantes señalan las medidas coercitivas, y en concreto, a la contención mecánica, como una intervención que viola los derechos humanos del paciente, llegando a generarles un conflicto con su rol profesional, ya que el uso de la coerción entra en conflicto con su rol de cuidado (152). Además, la carga emocional no es unívoca sino que afecta a

todos los implicados, despertando en los profesionales sentimientos de frustración, fracaso e incompetencia (156).

Al igual que en otros estudios, nuestros informantes expresan opiniones a favor de minimizar la utilización de las prácticas coercitivas. Sin embargo, argumentan que con nuestro actual sistema de salud difícilmente se pueda erradicar (que no moderar) el uso de la contención mecánica, coincidiendo con lo descrito por muchos que consideran que su eliminación no es posible y sosteniendo que en algunos casos su uso es inevitable (157).

5.4. Estudio 4

En este estudio, se evaluaba la efectividad de un programa de intervención para reducir la aplicación de contención mecánica en una unidad de hospitalización psiquiátrica comparando dos periodos de tiempo antes y después de la implementación de una estrategia basada en cuatro principios básicos. Los principales resultados mostraron que el número de episodios de contención mecánica se había reducido (de 164 a 85), al igual que la probabilidad de que una admisión requiriera contención. Aunque la duración de cada episodio de restricción mecánica fue mayor en 2013, el número total de horas de contención mecánica se redujo considerablemente. Atribuimos el aumento de la duración al programa de intervención destinado a reducir la frecuencia de la contención mecánica en lugar de su duración, así como, al hecho de que los casos de los sujetos en contención mecánica a menudo se vieron más gravemente afectados en 2013.

Tanto en 2012 como en 2013, la violencia siguió siendo la razón principal que condujo a la contención de los pacientes, causando el 86.6% y el 87.1% de los episodios, respectivamente. Las otras razones (autolesiones, problemas de conducta, etc.) tampoco vieron cambios significativos.

Con respecto a la condición de los pacientes antes de la contención mecánica, en 2013 aumentó el porcentaje de pacientes agitados, mientras que el porcentaje de pacientes agresivos disminuyó, lo que puede indicar que la intervención es más efectiva para la prevención del comportamiento violento.

Los resultados globales obtenidos en el estudio son consistentes con los de otros trabajos de investigación que informan de la efectividad de intervenciones para reducir las medidas de coercitivas (98,158,159). Estas intervenciones señalan que los cambios organizacionales (160), mejoras en la capacitación del personal (161,162) y mejoras en la prevención (163) están relacionados con la reducción del número de episodios de contención mecánica así como también de otras medidas de coerción.

Una fortaleza del estudio lo constituye el análisis multivariado de ajuste para otras variables de confusión asociadas con la contención mecánica. Además, es el primer estudio de este tipo desarrollado en el contexto español.

Limitaciones.

La principal limitación de la revisión sistemática la representa la propia heterogeneidad de los estudios seleccionados, con diferentes diseños y, para la mayoría de los estudios, pequeños tamaños de muestra. También, dado la

importancia del objeto de tales estudios y sus connotaciones éticas y legales, hay que considerar la posibilidad de un sesgo de publicación, pudiendo haber casos en los que se obtuvieran resultados negativos y los mismos no hubieran sido publicados. Por último, otra limitación podría ser la posibilidad de un sesgo de selección de estudios, aunque 2 revisores independientes realizaron la selección de las fuentes utilizadas en este estudio.

En cuanto a las limitaciones del estudio de validación de la versión española de la CES, podemos señalar que los datos han sido recogidos mediante un cuaderno de recogida de datos auto-administrado (auto informe retrospectivo). Esta es una práctica usual en los estudios que puede dar lugar a un sesgo en la respuesta de los participantes, exacerbar la varianza común y aumentar artificialmente las correlaciones entre variables (164). En segundo lugar, la no existencia de datos longitudinales no permite establecer la estabilidad temporal del instrumento (confiabilidad test-retest). En tercer lugar, el tamaño de la muestra con 114 pacientes analizados es relativamente pequeño. La proporción entre el número de pacientes y los ítems es inapropiada (165). Sin embargo, según el criterio de Kaiser-Meyer-Olkin, los datos eran adecuados para este AFE. Además, la solución de los seis factores representó casi un 73% de la varianza total de las intercorrelaciones, lo cual es un buen resultado teniendo en cuenta el tamaño de la muestra. En cuarto lugar, consideramos que quizás otra limitación en relación a la muestra sea la escasa representatividad que suponen los informantes sometidos a aislamiento respecto a los otros grupos, factor condicionado por la prácticamente inexistencia de instalaciones específicas para la implementación efectiva de este tipo de intervención en las unidades en las que se ha realizado el estudio.

En relación al estudio de grupo focal, las limitaciones tiene que ver, por un lado, con la posibilidad de que los participantes no pudieran expresar sus opiniones sinceras y personales sobre el tema en cuestión, pudiéndose haber sentido reacios a expresar sus pensamientos, especialmente cuando se oponían a las opiniones de otros participantes. Del mismo modo, no se puede realizar una extrapolación de las narrativas y datos expuestos por los profesionales participantes del grupo focal, pues se hace necesario recordar que la metodología cualitativa no pretende nunca generalizar sus hallazgos. Simplemente, deben entenderse como opiniones representativas de este colectivo. Además, la técnica es susceptible al sesgo desde el punto de vista del moderador del grupo.

La principal limitación del estudio de intervención está relacionada con el diseño, ya que no incluyó ningún grupo de control, no pudiéndose establecer relaciones de causalidad en la reducción de la medida; los datos se basan en los registros obligatorios de admisión y de contención mecánica, y por lo tanto, la información es limitada, pudiendo haber errores en la recopilación de los datos. No está clara ni delimitada la carga de asociación en la que las diferentes medidas desarrolladas han podido contribuir a la reducción del número de contenciones mecánicas. Otra limitación consiste en la duración del período de estudio, pues los datos se recopilaron después de un sólo año desde la implantación de la intervención para el control y reducción del número de contenciones mecánicas, no pudiendo conocer la evolución sobre si las reducciones observadas se mantuvieron.

Futuras líneas.

Este trabajo proporciona el primer instrumento validado en nuestra lengua para la evaluación de las medidas coercitivas en el ámbito hospitalario. Además, los datos obtenidos del estudio cuasi-experimental ofrecen los primeros resultados de un programa de intervención reglado en las UHSM para la reducción de la aplicación de medidas coercitivas durante la hospitalización psiquiátrica en el ámbito español.

El análisis acerca de la experiencia subjetiva de los pacientes y profesionales ha permitido realizar un mapeo sobre el estado actual en relación a la coerción; sin embargo, el seguimiento de la experiencia subjetiva y una evaluación de los efectos psicológicos a largo plazo todavía faltan en este dominio. Aún existen pocos estudios sobre los factores individuales asociados con la experiencia subjetiva de las medidas coercitivas, como los relacionados con la exposición previa a eventos traumáticos o violentos, que pueden evocar emociones y sentimientos estresantes entre los pacientes. Estos factores podrían identificarse para evitar posibles efectos adversos de estas medidas.

Por último, los resultados globales de estos trabajos servirán de base en la investigación futura para explorar entre otros, la efectividad de la intervención verbal “des-escalada” así como medir su impacto sobre la satisfacción y coerción percibida de los usuarios.

6. Conclusiones

El análisis de los resultados y la reflexión sobre la justificación de los mismos, nos permite plantear las siguientes conclusiones que expresamos como síntesis de los hallazgos de esta colección de trabajos:

- La experiencia subjetiva de los pacientes sometidos a medidas de coerción está relacionada con el respeto durante la aplicación, las características ambientales y el procedimiento utilizado. Las técnicas de *debriefing* reducen la experiencia negativa de los pacientes, haciéndose necesario su introducción y generalización en las unidades de hospitalización psiquiátrica.

- Un alto porcentaje de la evidencia señala y suscribe los efectos adversos y negativos de la experiencia subjetiva de las medidas coercitivas, llegando incluso a asociarse con la generación de nuevos problemas médicos como el trastorno de estrés postraumático. En menor proporción, se reportan experiencias subjetivas positivas principalmente relacionadas con sentimientos y autopercepciones de seguridad y protección con la aplicación de determinadas técnicas coercitivas como la contención mecánica o el aislamiento.

- Las preferencias de los pacientes deben ser consideradas a la hora de aplicar medidas coercitivas. La administración de medicación forzosa resulta ser la medida preferida por los pacientes en comparación con el aislamiento y la contención mecánica.

- La versión española de la CES es una escala válida y fiable para la medición de la coerción percibida por los pacientes durante la hospitalización

psiquiátrica. Su estructura está basada en cuatro dimensiones: autonomía personal, privacidad, humillación y sufrimiento personal y sus propiedades. Los resultados de la validación al español del CES indican buenas propiedades psicométricas en la escala en comparación con la original.

- En general, la utilización de medidas coercitivas es justificada por los profesionales de la salud como medida de último recurso para proteger la seguridad del paciente y del entorno. Su aplicación debe estar regida por el principio de congruencia (166), en el sentido de que el uso de los mismos ha de ser proporcional y razonable en relación a los medios disponibles y a la finalidad pretendida que no es otra que el restablecimiento del orden y seguridad.

- La implementación de un programa de intervención específico con cuatro estrategias, basado en una adaptación del modelo *six core strategies*[®], resulta efectivo en la reducción de la contención mecánica en una unidad de hospitalización psiquiátrica. Son necesarios nuevos estudios de aplicación de este modelo en el ámbito español para comprobar la replicación de los resultados del presente estudio.

- La elaboración de un perfil de riesgo de los pacientes a su ingreso y la intervención temprana en situaciones de escalada de agitación mediante técnicas de intervención reglada prevendría el uso de medidas coercitivas durante la hospitalización psiquiátrica.

7. Referencias bibliográficas

1. Kirk SA, Gomory T, Cohen D. Mad science: Psychiatric coercion, diagnosis, and drugs. [Internet]. Mad science: Psychiatric coercion, diagnosis, and drugs. 2013. Available from: <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=psyc10&NEWS=N&AN=2013-13425-000>
2. Foucault M. El nacimiento de la clínica: Una arqueología de la mirada médica. Siglo XXI. 1978.
3. Szasz TS. La Fabricación de la locura. 4º ed. Kairos, editor. 2005.
4. Foucault M. Historia de la locura en la Época Clásica I. 3ª ed. Fondo de cultura económica de España, editor. México; 2006.
5. Lieberman JA. Historia de la psiquiatría. Ediciones . Barcelona; 2016.
6. Barrios Flores LF. Uso de medios coercitivos en Psiquiatría: retrospectiva y propuesta de regulación. Derecho y Salud. 2003. p. pp. 141–63.
7. Goffman E. Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales. 3ª ed. Buenos Aires: Amorrortu; 2001.
8. Rotelli F, De Leonardis O, Mauri D. Desinstitucionalización: otra vía (la reforma psiquiátrica italiana en el contexto de la Europa Occidental y de los «países avanzados»). Rev la Asoc Española Neuropsiquiatría [Internet]. 1987;7(21). Available from: <http://www.confbasaglia.org/wp-content/uploads/2018/02/F.-Rotelli-O.-De-Leonardis-D.-Mauri-Desinstitucionalizacion-otra-viareforma-psiquiatrica-italiana-en-el-contexto-de-la-europa-occidental-y-de-los-paises-avanzados.pdf>
9. Desviat M. La reforma psiquiátrica 25 años después de la Ley General de Sanidad. Rev Esp Salud Publica [Internet]. 2011;85(5):427–36. Available from: http://www.scielosp.org/pdf/resp/v85n5/02_colaboracion1.pdf
10. Monsalve MH. Rehabilitación psicosocial: perspectiva actual y directrices en la Reforma Psiquiátrica. Estud Psicol [Internet]. 2011;16(3):295–303. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2011000300013&lng=es&tlng=es
11. Jones K. Robert Gardiner Hill and the non-restraint movement. Can J Psychiatry. 1984;29(2):121–4.
12. Asociación Española de Neuropsiquiatría. Coerción y salud mental. Revisando las prácticas de coerción en la atención a las personas que utilizan los servicios de salud mental. [Internet]. Cuadernos . Asociación Española de Neuropsiquiatría, editor. Madrid; 2017. Available from: <http://www.tienda-aen.es/wp-content/uploads/2018/04/Cuaderno-Te?cnico=20-Coercio?n.pdf>

13. Wertheimer A. A philosophical examination of coercion for mental health issues. *Behav Sci Law*. 1993;11(3):239–58.
14. Rhodes MR. The nature of coercion. *J Value Inq*. 2000;34(2-3):369–81.
15. Kalisova L, Raboch J, Cihal L, Kitzlerova E, Cerny M, Eunomia S, et al. EUNOMIA: Perception of restriction and coercion during nonvoluntary (imposed) hospitalization and after dismissal. *Vnimani omezeni a natlaku behem nedobrovolne Hosp a po propusteni EUNOMIA-Konecne Vysled v Ces republice* [Internet]. 2009;105(1):5–11. Available from: <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=psyc6&N EWS=N&AN=2009-13349-001>
16. Breakey WR. Integrated mental health services: modern community psychiatry [Internet]. Oxford University Press; 1996 [cited 2017 Oct 30]. 428 p. Available from: <https://global.oup.com/academic/product/integrated-mental-health-services-9780195074215#.WfdtutswLHY.mendeley>
17. Burns T, Rugkåsa J, Molodynski A, Dawson J, Yeeles K, Vazquez-Montes M, et al. Community treatment orders for patients with psychosis (OCTET): a randomised controlled trial. *Lancet* [Internet]. Elsevier; 2013 May 11 [cited 2017 Oct 18];381(9878):1627–33. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673613601075>
18. Riley H, Høyer G, Lorem GF. “When coercion moves into your home” - A qualitative study of patient experiences with outpatient commitment in Norway. *Heal Soc Care Community*. 2014;22(5):506–14.
19. Churchill R. International experiences of using community treatment orders. *Health Serv Res* [Internet]. 2007; Available from: www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_072730 (accessed on 18 April 2007).
20. Turnpenny Á, Petri G, Finn A, Beadle-Brown J, Nyman M. Mapping and Understanding Exclusion in Europe: Institutional, coercive and community-based services and practices across Europe. [Internet]. Mental Health Europe. Brussels; 2017. Available from: <https://doi.org/10.22024/UniKent/01.02/64970>
21. Busch AB. Seclusion and restraint: a review of recent literature. *Harv Rev Psychiatry*. 2000;8(5)(2):261–70.
22. Georgieva I, Mulder CL, Whittington R. Evaluation of behavioral changes and subjective distress after exposure to coercive inpatient interventions. *BMC Psychiatry* [Internet]. 2012 Jan [cited 2014 Nov 27];12(1):54. Available from: <http://www.biomedcentral.com/1471-244X/12/54>

23. Jaeger M, Rossler W. Enhancement of outpatient treatment adherence: Patients' perceptions of coercion, fairness and effectiveness. *Psychiatry Res.* 2010;180(1):48–53.
24. Jaeger M, Konrad A, Rueegg S, Rabenschlag F. Patients' subjective perspective on recovery orientation on an acute psychiatric unit. *Nord J Psychiatry* [Internet]. 2015;69(3):188–95. Available from: <https://vpngateway.udg.edu/doi/full/10.3109/DanaInfo=www.tandfonline.com+08039488.2014.959561>
25. Hotzy F, Jaeger M. Clinical relevance of informal coercion in psychiatric treatment-A systematic review. *Frontiers in Psychiatry.* 2016.
26. Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of Biomedical Ethics*, 7th Edition: Occup Med (Chic Ill) [Internet]. 2015;65(1):88–9. Available from: <https://academic.oup.com/occmed/article-lookup/doi/10.1093/occmed/kqu158>
27. Seo MK, Kim SH, Rhee M. Coercion in psychiatric care: Can paternalism justify coercion? *Int J Soc Psychiatry* [Internet]. 2013 May 4 [cited 2017 Oct 18];59(3):217–23. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0020764011431543>
28. Salize HJ, Lepping P, Dressing H. Editorial How harmonized are we? Forensic mental health legislation and service provision in the European Union. *Criminal Behaviour & Mental Health* [Internet]. 2005;143–7. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=sih&AN=18796966&site=ehost-live>
29. Steinert T, Lepping P, Bernhardsgrütter R, Conca A, Hatling T, Janssen W, et al. Incidence of seclusion and restraint in psychiatric hospitals: a literature review and survey of international trends. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* [Internet]. 2010 Sep [cited 2013 Aug 12];45(9):889–97. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19727530>
30. Kallert TW, Torres-González F. *Legislation on Coercive Mental Health Care in Europe. Legal Documents and Comparative Assessment of Twelve European Countries.* Peter Lang, editor. Berlin; 2006. 408 p.
31. BOE. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. *Boletín Of del Estado* [Internet]. 2002;274:40126–32. Available from: <https://www.boe.es/boe/dias/2002/11/15/pdfs/A40126-40132.pdf>
32. BOE. Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil. *Boletín Oficial del Estado (BOE)* 2015 p. 1–322.

33. Barrios Flores LF. Derechos Humanos y salud mental en Europa. Norte Salud Ment. 2010;8(36):55–67.
34. Ministère des affaires sociales et de la santé. Instruction n° DGOS/R4/DGS/SP4/2017/109 du 29 mars 2017 relative à la politique de réduction des pratiques d'isolement et de contention au sein des établissements de santé autorisés en psychiatrie et désignés par le directeur général de l'agence régionale [Internet]. DGOS/R4/DGS/SP4/2017/109 France; 2017 p. 1–10. Available from: <http://circulaire.legifrance.gouv.fr/index.php?action=afficherCirculaire&hit=1&r=41997>
35. Szmukler G. Compulsion and “coercion” in mental health care. World Psychiatry. 2015;14(3):259–61.
36. Hem MH, Molewijk B, Pedersen R. Ethical challenges in connection with the use of coercion: a focus group study of health care personnel in mental health care. BMC Med Ethics [Internet]. 2014;15(1):82. Available from: <http://bmcmmedethics.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6939-15-82>
37. Asamblea General de Naciones Unidas. Informe del Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, Juan E. Méndez. [Internet]. A/HRC/22/53, 2013. Available from: http://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/HRCouncil/RegularSession/Session22/A-HRC-22-53_sp.pdf
38. Henderson C, Swanson JW, Szmukler G, Thornicroft G, Zinkler M. A typology of advance statements in mental health care. Psychiatr Serv [Internet]. 2008;59(1):63–71. Available from: <http://media.proquest.com.iris.etsu.edu:2048/media/pq/classic/doc/1412468461/fmt/pi/rep/NONE?cit:auth=Henderson,+Claire,+BMBCh,+PhD;Swanson,+Jeffrey+W,+PhD;Szmukler,+George,+MD,+FRCPsych;Thornicroft,+Graham,+MBBS,+PhD;Zinkl>
39. Henderson C. Effect of joint crisis plans on use of compulsory treatment in psychiatry: single blind randomised controlled trial. Bmj [Internet]. 2004;329(7458):136–0. Available from: <http://www.bmj.com/cgi/doi/10.1136/bmj.38155.585046.63>
40. Gorrotxategi Larrea M, Romero Cuesta J. Voluntades psiquiátricas : Una herramienta terapéutica. Norte salud Ment. 2012;X(42):11–7.
41. Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente. La Investigación en Seguridad del Paciente. Organ Mund la Salud [Internet]. 2008;11. Available from: http://www.who.int/patientsafety/information_centre/documents/ps_research_brochure_es.pdf

42. United Nations. Convention on the rights of persons with disabilities. Treaty Ser [Internet]. 2006;2515:3. Available from: <http://www.un.org/disabilities/>
43. Bowers L, van der Werf B, Vokkolainen A, Muir-Cochrane E, Allan T, Alexander J. International variation in containment measures for disturbed psychiatric inpatients: A comparative questionnaire survey. *Int J Nurs Stud*. 2007;44(3):357–64.
44. Raboch J, Kalisová L, Nawka A, Kitzlerová E, Onchev G, Karastergiou A, et al. Use of coercive measures during involuntary hospitalization: findings from ten European countries. *Psychiatr Serv* [Internet]. 2010 Oct;61(10):1012–7. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20889640>
45. McLaughlin P, Giacco D, Priebe S. Use of coercive measures during involuntary psychiatric admission and treatment outcomes: Data from a prospective study across 10 European countries. *PLoS One*. 2016;11(12).
46. Shannon PJ. Coercion and compulsory hospitalization: some patients' attitudes. *Med J Aust*. 1976;2(21):798–800.
47. Toews J, el-Guebaly N, Leckie A, Harper D. Patients' attitudes at the time of their commitment. *Can J Psychiatry*. 1984;29(7):590–5.
48. Carpenter MD, Hannon VR, McCleery G, Wanderling JA. Variations in Seclusion and Restraint Practices by Hospital Location. *Hosp Community Psychiatry* [Internet]. 1988;39(4):418–23. Available from: <http://ps.psychiatryonline.org/cgi/content/abstract/39/4/418>
49. Monahan J, Appelbaum PS, Mulvey EP, Robbins PC, Lidz CW. Ethical and legal duties in conducting research on violence: lessons from the MacArthur Risk Assessment Study. *Violence Vict* [Internet]. 1993;8(4):387–96. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8060910>
50. Monahan J, Hoge SK, Lidz C, Roth LH, Bennett N, Gardner W, et al. Coercion and commitment. Understanding involuntary mental hospital admission. *Int J Law Psychiatry*. 1995;18(3):249–63.
51. Steinert T, Noorthoorn EO, Mulder CL. The Use of Coercive Interventions in Mental Health Care in Germany and the Netherlands. A Comparison of the Developments in Two Neighboring Countries. *Front Public Heal* [Internet]. 2014;2. Available from: <http://journal.frontiersin.org/article/10.3389/fpubh.2014.00141/abstract>
52. Noorthoorn E, Lepping P, Janssen W, Hoogendoorn A, Nijman H, Widdershoven G, et al. One-year incidence and prevalence of seclusion:

- Dutch findings in an international perspective. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2015;50(12):1857–69.
53. Lay B, Nordt C, Rössler W. Variation in use of coercive measures in psychiatric hospitals. *Eur Psychiatry.* 2011;26(4):244–51.
54. Bowers L, Alexander J, Simpson A, Ryan C, Carr-Walker P. Cultures of psychiatry and the professional socialization process: the case of containment methods for disturbed patients. *Nurse Educ Today* [Internet]. Sage, London; 2004 Aug [cited 2017 Jun 13];24(6):435–42. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15312952>
55. Paterson B, McIntosh I, Wilkinson D, McComish S, Smith I. Corrupted cultures in mental health inpatient settings. Is restraint reduction the answer? *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 2013;20(3).
56. Danivas V, Lepping P, Punitharani S, Gowrishree H, Ashwini K, Raveesh BN, et al. Observational study of aggressive behaviour and coercion on an Indian acute ward. *Asian J Psychiatr* [Internet]. 2016 Aug [cited 2017 Jun 13];22:150–6. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1876201816300235>
57. Beghi M, Peroni F, Gabola P, Rossetti a, Cornaggia CM. Prevalence and risk factors for the use of restraint in psychiatry: A systematic review. *Riv Psichiatr* [Internet]. 2013;48(1):10–22. Available from: [http://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&from=export&id=L368652612\http://www.rivistadipsichiatria.it/r.php?v=1228&a=13611&l=19366&f=allegati/01228_2013_01/fulltext/2-Beghi\(10-22\).pdf\http://resolver.ebscohost.com/openurl?sid=EMBASE&is](http://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&from=export&id=L368652612\http://www.rivistadipsichiatria.it/r.php?v=1228&a=13611&l=19366&f=allegati/01228_2013_01/fulltext/2-Beghi(10-22).pdf\http://resolver.ebscohost.com/openurl?sid=EMBASE&is)
58. Korkeila JA, Tuohimäki C, Kaltiala-Heino R, Lehtinen V, Joukamaa M. Predicting use of coercive measures in Finland. *Nord J Psychiatry.* 2002;56(5):339–45.
59. Bowers L, Ross J, Nijman H, Muir-Cochrane E, Noorthoorn E, Stewart D. The scope for replacing seclusion with time out in acute inpatient psychiatry in England. *J Adv Nurs.* 2012;68(4):826–35.
60. Lepping P, Steinert T, Needham I, Abderhalden C, Flammer E, Schmid P. Ward safety perceived by ward managers in Britain, Germany and Switzerland: Identifying factors that improve ability to deal with violence. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 2009;16(7):629–35.
61. Lepping P, Masood B, Flammer E, Noorthoorn EO. Comparison of restraint data from four countries. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2016;51(9):1301–9.
62. Rickert J. Patient-Centered Care: What it Means and How to Get There. [Internet]. *Health Affairs Blog.* 2012. Available from:

- <http://healthaffairs.org/blog/2012/01/24/patient-centered-care-what-it-means-and-how-to-get-there>
63. Gask L, Coventry P. Person-centred mental health care: the challenge of implementation. *Epidemiol Psychiatr Sci* [Internet]. 2012;21(02):139–44. Available from: http://www.journals.cambridge.org/abstract_S2045796012000078
 64. Markwick A. Person-centred planning and the recovery approach. *Learn Disabil Pract* [Internet]. 2013;16(7):31–4. Available from: <http://rcnpublishing.com/doi/abs/10.7748/ldp2013.09.16.7.31.e1480>
 65. Ahrq Q. National Healthcare Disparities Report. Quality [Internet]. 2010;AHRQ Pub.:0. Available from: <http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:National+Healthcare+Disparities+Report#6>
 66. Project OH. Towards high-performing health systems: Policy studies [Internet]. Paris and Washington, D.C.: Organisation for Economic Co-operation and Development, 2004, pp. 331. 2004. 1-331 p. Available from: http://search.proquest.com/docview/56432795?accountid=14701&url=http://sfx.scholarsportal.info/ottawa?url_ver=Z39.88-2004&rft_val_fmt=info:ofi/fmt:kev:mtx:book&genre=book&sid=ProQ:EconLit&atitle=&title=Towards+high-performing+health+systems:+Policy+studies&
 67. Doyle C, Lennox L, Bell D. A systematic review of evidence on the links between patient experience and clinical safety and effectiveness. *BMJ Open* [Internet]. 2013;3(1):e001570. Available from: <http://bmjopen.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmjopen-2012-001570>
 68. Smith S, Weldring T. Patient-Reported Outcomes (PROs) and Patient-Reported Outcome Measures (PROMs). *Heal Serv Insights* [Internet]. 2013;61. Available from: <http://www.la-press.com/patient-reported-outcomes-pros-and-patient-reported-outcome-measures-p-article-a3810>
 69. Donabedian A. Continuidad y cambio en la búsqueda de la calidad. *Rev Salud Pública México*. 1993;35(3):238–47.
 70. Williams B. Patient satisfaction: ¿a valid concept? *Soc Sci Med*. 1994;38.
 71. Fugger G, Gleiss A, Baldinger P, Strnad A, Kasper S, Frey R. Psychiatric patients' perception of physical restraint. *Acta Psychiatr Scand*. 2016;133(3):221–31.
 72. Ling S, Cleverley K, Perivolaris A. Understanding Mental Health Service User Experiences of Restraint Through Debriefing: A Qualitative Analysis. *Can J Psychiatry*. 2015;60(9):386–92.

73. Mielau J, Altunbay J, Gallinat J, Heinz a., Bempohl F, Lehmann a., et al. Subjective experience of coercion in psychiatric care: a study comparing the attitudes of patients and healthy volunteers towards coercive methods and their justification. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* [Internet]. Springer Berlin Heidelberg; 2015; Available from: "<http://dx.doi.org/10.1007/s00406-015-0598-9>
74. Holmes D, Murray SJ, Knack N. Experiencing Seclusion in a Forensic Psychiatric Setting: A Phenomenological Study. *J Forensic Nurs* [Internet]. 2015;11(4). Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26457901>
75. Tingleff EB, Bradley SK, Gildberg FA, Munksgaard G, Hounsgaard L. "Treat me with respect". A systematic review and thematic analysis of psychiatric patients' reported perceptions of the situations associated with the process of coercion. *J Psychiatr Ment Health Nurs* [Internet]. 2017 Sep 12 [cited 2017 Oct 28]; Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/jpm.12410>
76. Katsakou C, Marougka S, Garabette J, Rost F, Yeeles K, Priebe S. Why do some voluntary patients feel coerced into hospitalisation? A mixed-methods study. *Psychiatry Res*. 2011;187(1-2):275–82.
77. World Health Organization. Policies and practices for mental health in Europe. Copenhagen; 2008.
78. Edwards N, Danseco E, Heslin K, Ploeg J, Santos J, Stansfield M, et al. Development and Testing of Tools to Assess Physical Restraint Use. *Worldviews Evidence-Based Nurs* [Internet]. Blackwell Publishing Inc; 2006 Jun 1 [cited 2017 Jul 4];3(2):73–85. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1741-6787.2006.00056.x>
79. Høyer G, Kjellin L, Engberg M, Kaltiala-Heino R, Nilstun T, Sigurjónsdóttir M, et al. Paternalism and autonomy: A presentation of a Nordic study on the use of coercion in the mental health care system. *Int J Law Psychiatry*. 2002. p. 93–108.
80. Fiorillo A, Giacco D, De Rosa C, Kallert T, Katsakou C, Onchev G, et al. Patient characteristics and symptoms associated with perceived coercion during hospital treatment. *Acta Psychiatr Scand*. 2012;125(6):460–7.
81. Katsakou C, Bowers L, Amos T. Coercion and treatment satisfaction among involuntary patients. *Psychiatr Serv* [Internet]. 2010;61(3):449–56. Available from: <http://ps.psychiatryonline.org/doi/pdf/10.1176/ps.2010.61.3.286\papers3://publication/uuid/B338472D-4F2F-48B8-8053-99318947DDBE>
82. Bennewith O, Amos T, Lewis G, Katsakou C, Wykes T, Morriss R, et al. Ethnicity and coercion among involuntarily detained psychiatric inpatients. *Br J Psychiatry*. 2010;196(1):75–6.

83. Larsen RJ, Diener E, Emmons RA. An evaluation of subjective well-being measures. *Soc Indic Res.* 1985;17(1):1–17.
84. Nytingnes O, Rugkåsa J, Holmén A, Ruud T. The development, validation, and feasibility of the experienced coercion scale. *Psychol Assess.* 2017;29(10):1210–20.
85. Bergk J, Flammer E, Steinert T. “Coercion Experience Scale” (CES) - validation of a questionnaire on coercive measures. *BMC Psychiatry* [Internet]. 2010;10(1):5. Available from: <http://bmcpsy psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-244X-10-5>
86. García-Cabeza I, Valenti E, Calcedo A. Perception and use of informal coercion in outpatient treatment: A focus group study with mental health professionals of Latin culture. *Salud Ment.* 2017;40(2):63–9.
87. Valenti E, Banks C, Calcedo-Barba A, Bensimon CM, Hoffmann KM, Pelto-Piri V, et al. Informal coercion in psychiatry: a focus group study of attitudes and experiences of mental health professionals in ten countries. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2015;50(8):1297–308.
88. Lind M, Kaltiala-Heino R, Suominen T, Leino-Kilpi H, Välimäki M. Nurses’ ethical perceptions about coercion. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 2004;11(4):379–85.
89. Carballeira L, Lopez I, Cocho C, Nocete L. La experiencia de los profesionales de salud mental en formación en torno a las prácticas coercitivas directas. En #0contenciones: Percepciones de los profesionales de salud mental en torno a las prácticas coercitivas directas. [Internet]. 2017. Available from: <http://madinamerica-hispanohablante.org/0contenciones-percepciones-de-los-profesionales-de-salud-mental-en-torno-a-las-practicas-coercitivas-directas-lopez-cocho-carballeira-y-nocete/>
90. Husum TL, Bjørngaard JH, Finset A, Ruud T. Staff attitudes and thoughts about the use of coercion in acute psychiatric wards. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2011;46(9):893–901.
91. Jansson S, Fridlund B. Perceptions Among Psychiatric Staff of Creating a Therapeutic Alliance With Patients on Community Treatment Orders. *Issues Ment Health Nurs.* 2016;37(10):701–7.
92. Junghan UM, Leese M, Priebe S, Slade M. Staff and patient perspectives on unmet need and therapeutic alliance in community mental health services. *Br J Psychiatry.* 2007;191:543–7.
93. Olofsson B, Norberg A. Experiences of coercion in psychiatric care as narrated by patients, nurses and physicians. *J Adv Nurs.* 2001;33(1):89–97.

94. Roberts D, Crompton D, Milligan E, Groves A. Reflection on the Use of Seclusion. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv* [Internet]. 2009;47(10):25–31. Available from: <http://www.healio.com/doiresolver?doi=10.3928/02793695-20090902-01>
95. Kuosmanen L, Makkonen P, Lehtila H, Salminen H. Seclusion experienced by mental health professionals. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2015;22(5):333–6.
96. Bak J, Aggernaes H. Coercion within Danish psychiatry compared with 10 other European countries. *Nord J Psychiatry* [Internet]. 2012 Oct 16 [cited 2017 Jun 13];66(5):297–302. Available from: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/08039488.2011.632645>
97. Bak J, Zoffmann V, Sestoft DM, Almvik R, Brandt-Christensen M. Mechanical restraint in psychiatry: Preventive Factors in theory and practice. A Danish-Norwegian association study. *Perspect Psychiatr Care*. 2014;50(3).
98. Stewart D, Van der Merwe M, Bowers L, Simpson A, Jones J. A review of interventions to reduce mechanical restraint and seclusion among adult psychiatric inpatients. *Issues Ment Health Nurs* [Internet]. 2010 Jun [cited 2013 Aug 12];31(6):413–24. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20450344>
99. Staal JA, Sacks A, Matheis R, Collier L, Calia T, Hanif H, et al. The effects of Snoezelen (multi-sensory behaviour therapy) and psychiatric care on agitation, apathy, and activities of daily living in dementia patients on a short-term geriatric psychiatric inpatient unit. *Int J Psychiatry Med* [Internet]. 2007;37(4):357–70. Available from: <http://web.b.ebscohost.com/ergo.glam.ac.uk/ehost/detail/detail?sid=8423938a-4b49-4b06-ac6b-d0e7c91adba5%40sessionmgr115&vid=0&hid=110&bdata=JnNpdGU9ZWhvc3QtGl2ZQ%3d%3d#AN=105738822&db=ccm>
100. Teitelbaum A, Paran R, Zislin J, Drumer D, Raskin S, Katz G, et al. Multisensory environmental intervention (snoezelen) as a preventive alternative to seclusion and restraint in closed psychiatric wards. *Harefuah*. 2007;146(1):11–4, 79–80.
101. Lorenzo R Di, Miani F, Formicola V, Ferri P. Clinical and organizational factors related to the reduction of mechanical restraint application in an acute ward: an 8-year retrospective analysis. *Clin Pract Epidemiol Ment Health* [Internet]. 2014 Jan;10:94–102. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=4196251&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
102. Flammer E, Steinert T. Involuntary medication, seclusion, and restraint in German psychiatric hospitals after the adoption of legislation in 2013. *Front Psychiatry*. 2015;6:153.

103. Gonzalez-Torres MA, Fernandez-Rivas A, Bustamante S, Rico-Vilademoros F, Vivanco E, Martinez K, et al. Impact of the Creation and Implementation of a Clinical Management Guideline for Personality Disorders in Reducing Use of Mechanical Restraints in a Psychiatric Inpatient Unit. *Prim Care Companion CNS Disord* [Internet]. 2014; Available from: <http://www.psychiatrist.com/PCC/article/Pages/2014/v16n06/14m01675.aspx>
104. Guzman-Parra J, Garcia-Sanchez JA, Pino-Benitez I, Alba-Vallejo M, Mayoral-Cleries F. Effects of a regulatory protocol for mechanical restraint and coercion in a Spanish psychiatric ward. *Perspect Psychiatr Care*. 2015;51(4):260–7.
105. National Association of State Mental Health Program Directors. Six Core Strategies for Reducing Seclusion and Restraint Use © [Internet]. 2006 [cited 2014 Nov 1]. Available from: http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:7NqkVJxtsvkJ:www.nasmhpd.org/docs/NCTIC/Consolidated_Six_Core_Strategies_Document.pdf+&cd=2&hl=es&ct=clnk&gl=es
106. Bowers L. Safewards: a new model of conflict and containment on psychiatric wards. *J Psychiatr Ment Health Nurs* [Internet]. 2014 Aug [cited 2014 Dec 17];21(6):499–508. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=4237187&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
107. Nelstrop L, Chandler-Oatts J, Bingley W, Bleetman T, Corr F, Cronin-Davis J, et al. A systematic review of the safety and effectiveness of restraint and seclusion as interventions for the short-term management of violence in adult psychiatric inpatient settings and emergency departments. *Worldviews Evid Based Nurs* [Internet]. 2006 Jan [cited 2014 Nov 23];3(1):8–18. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17040518>
108. Keski-Valkama A, Sailas E, Eronen M, Lönnqvist J, Kaltiala-Heino R. The use of seclusion and restraint during 15 years – a nationwide study in Finland. *BMC Psychiatry*. 2007;7((Suppl 1)).
109. Gaskin CJ, Elsom SJ, Happell B. Interventions for reducing the use of seclusion in psychiatric facilities. Review of the literature. *Br J Psychiatry*. 2007;191:298–303.
110. Sailas E, Wahlbeck K. Restraint and seclusion in psychiatric inpatient wards. *Curr Opin Psychiatry* [Internet]. 2005;18(5):555–9. Available from: <http://content.wkhealth.com/linkback/openurl?sid=WKPTLP:landingpage&an=00001504-200509000-00018>

111. Happell B, Koehn S. Seclusion as a necessary intervention: The relationship between burnout, job satisfaction and therapeutic optimism and justification for the use of seclusion. *J Adv Nurs*. 2011;67(6):1222–31.
112. Critical Appraisal Skills Programme. CASP Checklist [Internet]. 2016. Available from: <http://www.casp-uk.net/casp-tools-checklists>
113. Bobes J, Calcedo-Barba A, Garcia M, Francois M, Rico-Villademoros F, Gonzalez M, et al. Evaluación de las propiedades psicométricas de la versión española de cinco cuestionarios para la evaluación del trastorno de estrés postraumático 1. *Actas Esp Psiquiatr*. 2000;28(4):207–18.
114. Richardson M, Katsakou C, Torres-González F, Onchev G, Kallert T, Priebe S. Factorial validity and measurement equivalence of the Client Assessment of Treatment Scale for psychiatric inpatient care - A study in three European countries. *Psychiatry Res*. 2011;188(1):156–60.
115. Priebe S, Gruyters T. Patients' and caregivers' initial assessments of day-hospital treatment and course of symptoms. *Compr Psychiatry*. 1994;35(3):234–8.
116. Bodgan T. Introducción a los métodos cualitativos de investigación. Barcelona: Paidós; 1998.
117. Lanthén K, Rask M, Sunnqvist C. Psychiatric Patients Experiences with Mechanical Restraints: An Interview Study. *Psychiatry J* [Internet]. 2015;2015:748392. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=4496488&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
118. Ezeobele IE, Malecha a. T, Mock a., Mackey-Godine a., Hughes M. Patients' lived seclusion experience in acute psychiatric hospital in the United States: A qualitative study. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2014;21(4):303–12.
119. Faschingbauer KM, Peden-McAlpine C, Tempel W. Use of seclusion. Finding the voice of the patient to influence practice. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv*. 2013;51(7):32–8.
120. Steinert T, Birk M, Flammer E, Bergk J. Subjective distress after seclusion or mechanical restraint: one-year follow-up of a randomized controlled study. *Psychiatr Serv* [Internet]. 2013 Oct [cited 2015 Feb 16];64(10):1012–7. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23771400>
121. Whitecross F, Seeary A, Lee S. Measuring the impacts of seclusion on psychiatry inpatients and the effectiveness of a pilot single-session post-seclusion counselling intervention. *Int J Ment Health Nurs*. 2013;22(6):512–21.

122. Kontio R, Joffe G, Putkonen H, Kuosmanen L, Hane K, Holli M, et al. Seclusion and restraint in psychiatry: patients' experiences and practical suggestions on how to improve practices and use alternatives. *Perspect Psychiatr Care* [Internet]. 2012 Jan [cited 2014 Nov 14];48(1):16–24. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22188043>
123. Haw C, Stubbs J, Bickle A, Stewart I. Coercive treatments in forensic psychiatry: a study of patients' experiences and preferences. *J Forens Psychiatry Psychol* [Internet]. 2011;22(4):564–85. Available from: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/14789949.2011.602097>
124. Mayers P, Keet N, Winkler G, Flisher AJ. Mental health service users' perceptions and experiences of sedation, seclusion and restraint. *Int J Soc Psychiatry*. 2010;56(1):60–73.
125. Keski-Valkama A, Koivisto A-M, Eronen M, Kaltiala-Heino R. Forensic and general psychiatric patients' view of seclusion: a comparison study. *J Forens Psychiatry Psychol* [Internet]. Routledge; 2010 Jun [cited 2014 Nov 27];21(3):446–61. Available from: <http://dx.doi.org/10.1080/14789940903456569>
126. Ntsaba GM, Havenga Y. Psychiatric in-patients' experience of being secluded in a specific hospital in Lesotho. *Heal SA Gesondheid* [Internet]. 2008;12(4):3–12. Available from: <http://en.scientificcommons.org/29296311>
127. Wynn R. Psychiatric inpatients' experiences with restraint. *J Forens Psychiatry Psychol*. 2004;15(1):124–44.
128. Holmes D, Kennedy SL, Perron A. The mentally ill and social exclusion: a critical examination of the use of seclusion from the patient's perspective. *Issues Ment Health Nurs* [Internet]. 2004;25(6):559–78. Available from: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/01612840490472101>
129. Meehan T, Bergen H, Fjeldsoe K. Staff and patient perceptions of seclusion: Has anything changed? *J Adv Nurs*. 2004;47(1):33–8.
130. Hoekstra T, Lendemeijer HHGM, Jansen MGMJ. Seclusion: the inside story. *J Psychiatr Ment Health Nurs* [Internet]. 2004 Jun [cited 2014 Nov 27];11(3):276–83. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15149374>
131. Haglund K, Von Knorring L, Von Essen L. Forced medication in psychiatric care: Patient experiences and nurse perceptions. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2003;10(1):65–72.
132. Bonner G, Lowe T, Rawcliffe D, Wellman N. Trauma for all: A pilot study of the subjective experience of physical restraint for mental health

inpatients and staff in the UK. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2002;9(4):465–73.

133. Meehan T, Vermeer C, Windsor C. Patients' perceptions of seclusion: a qualitative investigation. *J Adv Nurs [Internet]*. 2000 Feb [cited 2014 Nov 27];31(2):370–7. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1046/j.1365-2648.2000.01289.x>
134. Martinez R, Grimm M, Adamson M. From the other side of the door: patient views of seclusion. *J Psychosoc Nurs Ment Heal Serv [Internet]*. 1999;37(3):13. Available from: <http://search.ebscohost.com.ezproxy.uws.edu.au/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=1999034897&site=ehost-live>
135. Ray NK, Mayer KJ, Rappaport ME. Patient Perspectives on Restraint and Seclusion Experiences: A Survey of Former Patients of New York State Psychiatric Facilities. *Psychiatr Rehabil J*. 1996;20(1):11–8.
136. Tooke SK, Brown JS. Perceptions of seclusion: comparing patient and staff reactions. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv [Internet]*. 1992;30(8):23–6. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1512737>
137. Norris MK, Kennedy CW. The view from within: how patients perceive the seclusion process. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv [Internet]*. 1992;30(3):7–13. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1578427>
138. Iversen VC, Sallaup T, Vaaler AE, Helvik A-S, Morken G, Linaker O. Patients' perceptions of their stay in a psychiatric seclusion area. *J Psychiatr Intensive Care*. 2011;7(1):1–10.
139. Veltkamp E, Nijman H, Stolker JJ, Frigge K, Dries P, Bowers L. Patients' preferences for seclusion or forced medication in acute psychiatric emergency in the Netherlands. *Psychiatr Serv*. 2008;59(2):209–11.
140. Stolker JJ, Nijman HLI, Zwanikken P-H. Are patients' views on seclusion associated with lack of privacy in the ward? *Arch Psychiatr Nurs [Internet]*. Elsevier; 2006 Dec 12 [cited 2014 Nov 27];20(6):282–7. Available from: <http://www.psychiatricnursing.org/article/S0883941706001865/fulltext>
141. Chien W-T, Chan CWH, Lam L-W, Kam C-W. Psychiatric inpatients' perceptions of positive and negative aspects of physical restraint. *Patient Educ Couns [Internet]*. Elsevier; 2005 Oct 10 [cited 2014 Nov 19];59(1):80–6. Available from: <http://www.pec-journal.com/article/S0738399104003337/fulltext>

142. Naber D, Kircher T, Hessel K. Schizophrenic patients' retrospective attitudes regarding involuntary psychopharmacological treatment and restraint. *Eur Psychiatry*. 1996;11(1):7–11.
143. Mann LS, Wise TN, Shay L. A prospective study of psychiatry patients' attitudes toward the seclusion room experience. *Gen Hosp Psychiatry* [Internet]. 1993 May [cited 2014 Nov 27];15(3):177–82. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0163834393901225>
144. Larue C, Dumais A, Boyer R, Goulet M-HE, Bonin J-P. The experience of seclusion and restraint in psychiatric settings: perspectives of patients. *Iss Ment Heal Nurs*. 2013;34(5):317–24.
145. Van Der Merwe M, Muir-Cochrane E, Jones J, Tziggili M, Bowers L. Improving seclusion practice: Implications of a review of staff and patient views. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2013;20(3):203–15.
146. El-Badri S, Mellsop G. Patient and staff perspectives on the use of seclusion. *Australas Psychiatry*. 2008;16(4):248–52.
147. Wynn R. Staff's attitudes to the use of restraint and seclusion in a Norwegian university psychiatric hospital. *Nord J Psychiatry*. 2003;57(6):453–9.
148. Lebel JL, Duxbury JA, Putkonen A, Sprague T, Rae C, Sharpe J. Multinational Experiences in Reducing and Preventing the Use of Restraint and Seclusion. *J Psychosoc Nurs*. 2014;52(11):22–9.
149. Newton-Howes G, Mullen R. Coercion in Psychiatric Care: Systematic Review of Correlates and Themes. *Psychiatr Serv* [Internet]. American Psychiatric Association; 2011 May 1 [cited 2016 Oct 8]; Available from: http://ps.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/ps.62.5.pss6205_0465?trndmd-shared=1#.V_iWSG0RSs8.mendeley
150. Bø B, Ottesen ØH, Gjestad R, Jørgensen HA, Kroken RA, Løberg E-M, et al. Patient satisfaction after acute admission for psychosis. *Nord J Psychiatry* [Internet]. 2016;70(5):321–8. Available from: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/08039488.2015.1112831>
151. Aguilera Serrano C, Heredia Pareja C, Guzmán Parra J, García Sánchez J, Mayoral Cleries F. Medidas coercitivas en salud mental. Grupo focal con profesionales del ámbito comunitario. *Rev Española Enfermería Salud Ment* [Internet]. 2017;1. Available from: <http://www3.uah.es/revenfermeriasaludmental/index.php/REESM-AEESME/article/view/1/8>
152. Bigwood S, Crowe M. "It's part of the job, but it spoils the job": a phenomenological study of physical restraint. *Int J Ment Health Nurs*. 2008;17(3):215–22.

153. Chambers M, Kantaris X, Guise V, Välimäki M. Managing and caring for distressed and disturbed service users: The thoughts and feelings experienced by a sample of English mental health nurses. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 2015;22(5):289–97.
154. Fereidooni Moghadam M, Fallahi Khoshknab M, Pazargadi M. Psychiatric Nurses' Perceptions about Physical Restraint; A Qualitative Study. *Int J community based Nurs midwifery* [Internet]. 2014;2(1):20–30. Available from:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25349842>
<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=PMC4201183>
155. Duxbury J, Whittington R. Causes and management of patient aggression and violence: Staff and patient perspectives. *Journal of Advanced Nursing.* 2005. p. 469–78.
156. Kontio R, Välimäki M, Putkonen H, Kuosmanen L, Scott A, Joffe G. Patient restrictions: Are there ethical alternatives to seclusion and restraint? *Nurs Ethics.* 2010;17(1):65–76.
157. Muir-Cochrane EC, Baird J, Mccann T V. Nurses' experiences of restraint and seclusion use in short-stay acute old age psychiatry inpatient units: A qualitative study. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 2015;22(2):109–15.
158. Maguire T, Young R, Martin T. Seclusion reduction in a forensic mental health setting. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 2012;19(2):97–106.
159. Smith GM, Davis RH, Bixler EO, Lin H-M, Altenor A, Altenor RJ, et al. Special Section on Seclusion and Restraint: Pennsylvania State Hospital System's Seclusion and Restraint Reduction Program. *Psychiatr Serv.* 2005;56(9):1115–22.
160. Steinert T, Eisele F, Goeser U, Tschoeke S, Uhlmann C, Schmid P. Successful interventions on an organisational level to reduce violence and coercive interventions in in-patients with adjustment disorders and personality disorders. *Clin Pract Epidemiol Ment Health.* 2008 Jan;4:27.
161. Chang N a, Grant PM, Luther L, Beck AT. Effects of a recovery-oriented cognitive therapy training program on inpatient staff attitudes and incidents of seclusion and restraint. *Community Ment Health J.* 2014 May;50(4):415–21.
162. Kontio R, Pitkänen A, Joffe G, Katajisto J, Välimäki M. eLearning course may shorten the duration of mechanical restraint among psychiatric inpatients: A cluster-randomized trial. *Nord J Psychiatry.* 2013 Nov;
163. Hellerstein DJ, Staub AB, Lequesne E. Decreasing the use of restraint and seclusion among psychiatric inpatients. *J Psychiatr Pract.* 2007;13(5):308–17.

164. Spector PE. Method Variance in Organizational Research. Organ Res Methods [Internet]. 2006 Apr 29 [cited 2017 Nov 24];9(2):221–32. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1094428105284955>
165. Paniagua R. Metodología para la evaluación de una escala o instrumento de medida. Universidad de Antioquia. Facultad Nacional de Salud Pública. Medellín, Colombia; 2015.
166. Fernando Barrios Flores L. El empleo de medios coercitivos en prisión (Indicaciones regimental y psiquiátrica). Rev Estud Penit. 2007;253:61–100.
167. Knapp M, McDaid D, Mossialos E, Thornicroft G. Salud mental en Europa: políticas y práctica. Líneas futuras en salud mental [Internet]. Barcelona; 2007. Available from: <https://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/saludMentalEuropa.pdf>
168. Verdú Rotellar J, Pacheco Calvo V, Amado Guirado E. Historia de la antipsiquiatría [Internet]. 2010. Available from: <https://vivalaanarquia.files.wordpress.com/2010/12/antipsiquiatria.pdf>

Anexo I

Estudio 1: Variables associated with the subjective experience of coercive measures in psychiatric inpatients: a systematic review.



Aguilera-Serrano C, Guzman-Parra J, Garcia-Sanchez JA, Moreno-Küstner B, Mayoral-Cleries F. Variables Associated With the Subjective Experience of Coercive Measures in Psychiatric Inpatients: A Systematic Review. Can J Psychiatry. 2017 Jan 1;706743717738491. doi: 10.1177/0706743717738491.

Journal Indexing

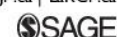
		Ranking
Impact Factor	3.420	Psychiatry (SSCI) 27 out of 139 Psychiatry (SCI) 44 out of 142

Source: 2016 Journal Citation Reports® (Clarivate Analytics, 2017); Indexed in PubMed: MEDLINE

Variables Associated With the Subjective Experience of Coercive Measures in Psychiatric Inpatients: A Systematic Review

The Canadian Journal of Psychiatry /
La Revue Canadienne de Psychiatrie
1-16

© The Author(s) 2017
Reprints and permission:
sagepub.com/journalsPermissions.nav
DOI: 10.1177/0706743717738491
TheCJP.ca | LaRCP.ca



Variables associées à l'expérience subjective de mesures coercitives chez des patients psychiatriques hospitalisés: une revue systématique

**Carlos Aguilera-Serrano, RN^{1,2}, Jose Guzman-Parra, DCLinPsy, PhD^{1,3},
Juan A Garcia-Sanchez, RN¹, Berta Moreno-Küstner, PhD⁴,
and Fermin Mayoral-Cleries, MD, PhD¹**

Abstract

Objective: This systematic review presents evidence regarding factors that may influence the patient's subjective experience of an episode of mechanical restraint, seclusion, or forced administration of medication.

Method: Two authors searched CINAHL, PubMed, SCOPUS, Web of Science, and Psych-Info, considering published studies between 1 January 1992 and 1 February 2016. Based on the inclusion criteria and methodological quality, 34 studies were selected, reporting a total sample of 1,869 participants.

Results: The results showed that the provision of information, contact and interaction with staff, and adequate communication with professionals are factors that influence the subjective experience of these measures. Humane treatment, respect, and staff support are also associated with a better experience, and debriefing is an important procedure/technique to reduce the emotional impact of these measures. Likewise, the quality of the working and physical environment and some individual and treatment variables were related to the experience of these measures. There are different results in relation to the most frequently associated experiences and, despite some data that indicate positive experiences, the evidence shows such experiences to be predominantly negative and frequently with adverse consequences. It seems that patients find forced medication and seclusion to be more tolerable than mechanical restraint and combined measures.

Conclusions: It appears that the role of the staff and the environmental conditions, which are potentially modifiable, affect the subjective experience of these measures. There was considerable heterogeneity among studies in terms of coercive measures experienced by participants and study designs.

Abrégé

Objectif : Cette revue systématique présente les données probantes concernant les facteurs qui peuvent influencer l'expérience subjective du patient à l'égard d'un épisode de contention mécanique, d'isolement ou d'administration forcée d'un médicament.

Méthode : Deux auteurs ont recherché les bases de données CINAHL, PubMed, SCOPUS, Web of Science, et Psych-Info, en examinant les études publiées entre le 1^{er} janvier 1992 et le 1^{er} février 2016. Selon les critères d'inclusion et la qualité

¹ Department of Mental Health, University General Hospital of Malaga, Biomedical Research Institute of Malaga (IBIMA), Malaga, Spain

² University of Malaga, Andalucía Tech, Faculty of Psychology, Malaga, Spain

³ Departamento Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico, Grupo GAP, Facultad de Psicología, Universidad de Málaga, Spain

⁴ University of Málaga, Malaga, Spain

Corresponding Author:

Jose Guzman-Parra, Mental Health Research Unit, Plaza Hospital Civil s/n, Hospital Civil 1^a Planta Pabellón 4, CP: 29009, Málaga, Spain.
Email: joseguzman@uma.es

Anexo II

Estudio 2: Validation and psychometric properties of the Spanish version of the Coercion Experience Scale.

Aguilera-Serrano C, Guzman-Parra J, Miranda-Paez J, García-Spínola E, Torres-Campos D, Villagrán-Moreno JM, Moreno-Küstner B, García-Sanchez JA, Mayoral-Cleries F. Validation and Psychometric Properties of the Spanish versión of the Coercion Experience Scale. Enviado a: PSYCHIAT RES.

Abstract

Background: The *Coercion Experience Scale* (CES) is a questionnaire that evaluates the subjective experience of coercion during psychiatric hospitalization. It consists of 35 items and 6 six factors (Coercion and humiliation, personal autonomy, fear, privacy, pharmacological treatment and environmental conditions). This study aimed to assess the psychometric properties of the Spanish language CES.

Material and methods: A total of 114 inpatients were evaluated after the application of a coercive measure. The Spanish language CES was prepared using a translation/back-translation procedure. Reliability was estimated using internal consistency coefficients. Internal validity was assessed by means of a factorial analysis based on the method of extraction of main components and using orthogonal rotation VARIMAX. Convergent and discriminatory validity was evaluated by correlation between the total score of the CES and a *Visual Analogue Scale* (VAS), *The Davidson Trauma Scale* (DTS) and the *Client Assessment of Treatment Scale* (CAT).

Results: The Spanish language CES showed adequate internal consistency. Internal validity (0.949) of the six factor model was adequate. Correlations between CES and DTS, CAT and VAS scores suggested good divergent and convergent validity.

Conclusion: The Spanish language version of the CES demonstrated adequate psychometric proprieties in order to assess perceived coercion during psychiatric hospitalization.

Keywords: perceived coercion, validation, factor analysis, reliability, validity.

Anexo III

Estudio 3: Medidas coercitivas en salud mental. Grupo focal con profesionales del ámbito comunitario.



Aguilera Serrano C, Heredia Pareja C, Guzmán Parra J, García Sánchez JA, Mayoral Cleries F. Medidas coercitivas en salud mental. Grupo focal con profesionales del ámbito comunitario. Revista Española de Enfermería de Salud Mental | número 1 | enero-marzo 2017 | ISSN: 2530-6707 Disponible en: <http://www3.uah.es/revenfermeriasaludmental/index.php/REESM-AEESME/article/view/1/8>



Medidas coercitivas en salud mental. Grupo focal con profesionales del ámbito comunitario

Coercive Measures in Mental Health Care. Focus Group with Professionals in the Field of Community Health

Carlos Aguilera Serrano^{1,2}, Carmen Heredia Pareja³, José Guzmán Parra⁴,
Juan A. García Sánchez⁴, Fermín Mayoral Cleries⁴

¹Universidad de Málaga, Andalucía Tech, Facultad de Psicología. Málaga, España.

²USMC Motril, Área de Gestión Sanitaria Sur de Granada. Motril, España.

³USMI-J, Hospital Regional Universitario de Málaga. Málaga, España.

⁴Hospital Regional Universitario de Málaga. Instituto de Investigación Biomédica de Málaga (IBIMA). Málaga, España.

Contacto: c_aguilera2@hotmail.com

Resumen

La coerción, con sus múltiples facetas, es el problema más antiguo de las instituciones psiquiátricas, principalmente por los numerosos intentos a lo largo de los tiempos por abolir y/o moderar su uso. La frecuencia, así como el marco jurídico que las regula, son extremadamente variados, lo que posibilita la transgresión de los derechos del paciente.

Objetivo: Analizar la percepción de los profesionales de una Unidad de Salud Mental Comunitaria (USMC) ante la aplicación de medidas coercitivas hacia los usuarios que discurren por los distintos dispositivos de la Red de Atención a la Salud Mental en Andalucía.

Método: Se llevó a cabo un grupo focal con 10 participantes. El contenido del grupo focal fue transcrito y los temas fueron identificados usando análisis temático.

Resultados: Las categorías temáticas identificadas son: "Contexto conceptual sobre las medidas coercitivas", "Contexto situacional sobre las medidas coercitivas dentro del actual modelo de atención a la salud mental de Andalucía", "Medidas coercitivas como método de control", "Derechos humanos y empoderamiento de los usuarios" y "Sugerencias para el cambio".

Conclusiones: La utilización de medidas coercitivas parece estar plenamente justificada ante el actual modelo de atención y modos y medios de actuación. Se hace necesario invertir en salud mental, para el desarrollo de una mejora de infraestructura y servicios, así como una inversión en recursos humanos para proveer una atención y cuidados de calidad.

Palabras clave: análisis cualitativo, medidas coercitivas, unidades de salud mental comunitarias, intervenciones alternativas, práctica profesional.

Abstract

The coercion with its many dimensions, is the long-standing mental institutions problem, mainly because of the numerous attempts over the years to abolish and/or moderate the use of it. The frequency and the legal framework governing are extremely varied, which allows the infringement of patients rights.

Objective: To analyze the perception by professionals of a Community Mental Health Centers over the implementation of coercive measures toward the users that run along different devices which forms the mental health services in Andalucía.

Method: It took place a focus group of ten participants. The focal group content was transcribed and the topics were identified by using the thematic analysis.

Results: The thematic categories identified are: "The conceptual context on enforcement measure", "The situational context on enforcement measure within the actual model of attention or mental health care of Andalucía", "Coercive measures as a control method", "Human rights and empowerment of users" and "Suggestions for change."

Conclusions: The use of coercive measures seems to be fully substantiated request to the current model of activity. Investments in mental health are necessary to develop an improvement of infrastructure and services, and an investment in human resources to provide quality care are also necessary.

Key words: qualitative analysis, coercion, community mental health centers, alternative interventions, professional practice.

Anexo IV

*Estudio 4: Effectiveness of a Multimodal Intervention Program for
Restraint Prevention in an Acute Spanish Psychiatric Ward.*



Guzman-Parra J, Aguilera Serrano C, García-Sánchez JA, Pino-Benítez I, Alba-Vallejo M, Moreno-Küstner B, Mayoral-Cleries F. Effectiveness of a Multimodal Intervention Program for Restraint Prevention in an Acute Spanish Psychiatric Ward. J Am Psychiatr Nurses Assoc. 2016 May; 22(3):233-41. doi: 10.1177/1078390316644767.

Journal Indexing

Ranking		
Impact Factor	0.773	Nursing (SSCI) 81 out of 114 Nursing (SCI) 84 out of 116 Psychiatry (SSCI) 118 out of 139 Psychiatry (SCI) 127 out of 142

Source: 2016 Journal Citation Reports® (Clarivate Analytics, 2017); Indexed in PubMed; MEDLINE

Article

Effectiveness of a Multimodal Intervention Program for Restraint Prevention in an Acute Spanish Psychiatric Ward

Journal of the American Psychiatric Nurses Association
1-9
© The Author(s) 2016
Reprints and permissions:
sagepub.com/journalsPermissions.nav
DOI: 10.1177/1078390316644767
jap.sagepub.com
SAGE

Jose Guzman-Parra¹, Carlos Aguilera Serrano², Juan A. García-Sánchez³,
Isabel Pino-Benítez⁴, Mercedes Alba-Vallejo⁵, Berta Moreno-Küstner⁶,
and Fermin Mayoral-Cleries⁷

Abstract

BACKGROUND: International recommendations have called to implement strategies to reduce the use of coercion in psychiatric settings. However, in Spain there is a lack of research about intervention programs to reduce mechanical restraint in acute psychiatric units. **OBJECTIVE:** The aim of this study was to evaluate the effectiveness of a multimodal intervention program based on the principles of six core strategies to reduce the frequency of use of mechanical restraint in an acute psychiatric ward. **DESIGN:** The design was a retrospective analysis of the frequency and duration of episodes of mechanical restraint prior to the intervention program (2012) and during the intervention program (2013) in one acute psychiatric ward. The intervention was governed by four strategies: (1) leadership and organizational changes, (2) registration and monitoring of risk patients, (3) staff training, and (4) involving patients in the treatment program. **RESULTS:** There was a significant difference between the mean number of monthly episodes of mechanical restraint per 1,000 patient days, pre-intervention (18.54 ± 8.78) compared with postintervention (8.53 ± 7.00 ; $p = .005$). We found the probability that mechanical restraint would occur in a hospital admission decreased after performing the intervention (odds ratio = .587; confidence interval = 0.411-0.838; $p = .003$) after adjusting for confounding variables. The total percentage of restrained patients fell from 15.07% to 9.74%. **CONCLUSIONS:** The main implication of the study is to support the effectiveness of specific intervention programs based on different measures to reduce mechanical restraint and without contemplating all the strategies that are considered effective.

Keywords

seclusion and restraint, ethics, health services, hospitalization

Introduction

There has been increasing concern about the use of restraint measures in psychiatric settings (Hem, Molewijk, & Pedersen, 2014). Physical restraint and seclusion remains common practice for controlling agitation symptoms and disturbed behaviors in emergency room patients and in acute psychiatric units in hospitals. The reason for utilizing these measures is to prevent initial and continual harm to both patients and staff, but they are not free of side effects, including death (Hem, Steen, & Opjordsmoen, 2001; Laursen, Jensen, Bolwig, & Olsen, 2005), or economic costs (Garrido, Lizano-Díez, Roset, Villagrán, & Mur de Viu, 2015; LeBel & Goldstein, 2005), and there are insufficient evidence-based studies to justify their use (Nelstrop et al., 2006). Very few studies have evaluated the perceived coercion and other negative consequences

¹Jose Guzman-Parra, PsyD, University Regional Hospital of Malaga, Biomedical Research Institute (IBIMA), Malaga, Spain

²Carlos Aguilera-Serrano, RN, University of Málaga, Malaga, Spain

³Juan A. García-Sánchez, RN, University Regional Hospital of Malaga, Biomedical Research Institute (IBIMA), Malaga, Spain

⁴Isabel Pino-Benítez, RN, University Regional Hospital of Malaga, Biomedical Research Institute (IBIMA), Malaga, Spain

⁵Mercedes Alba-Vallejo, MD, University Regional Hospital of Malaga, Biomedical Research Institute (IBIMA), Malaga, Spain

⁶Berta Moreno-Küstner, PhD, University of Málaga, Malaga, Spain

⁷Fermin Mayoral-Cleries, PhD, University Regional Hospital of Malaga, Biomedical Research Institute (IBIMA), Malaga, Spain

Corresponding Author:

Jose Guzman-Parra, Department of Mental Health, University Regional Hospital of Malaga, Biomedical Research Institute of Malaga (IBIMA), Plaza Hospital Civil S/N Unidad de Investigación Salud Mental Planta I Pabellón 4, 29010 Malaga, Spain.
Email: joseguzman@uma.es

